

Neue Folge des Archivs für Dermatologie und Syphilis.

Vierteljahresschrift

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Prof. BAZIN, Dr. BERGH, Dr. BIDENKAP, Prof. BIESIADECKI, Dr. BURCHARDT, Prof. CASPARY, Prof. DUHRING, Prof. FRIEDREICH, Prof. GEBER, Dr. GÜNTZ, Prof. v. HEBRA, Prof. KAPOSI, Dr. KOHN, Prof. KLOB, Prof. KÖBNER, Prof. LANDOIS, Prof. LANG, Prof. LEWIN, Prof. LIPP, Dr. LJUNGGREN, Dr. MANDELBAUM, Dr. MICHAELIS, Prof. MOSLER, Prof. NEUMANN, Dr. OEWRE, Dr. PINCUS, Prof. REDER, Prof. RINDFLEISCH, Prof. v. RINECKER, Dr. SCHUSTER, Dr. SCHWIMMER, Prof. v. SIGMUND, Prof. SIMON, Prof. TARNOWSKY, Dr. UNNA, Dr. VAJDA, DDr. VEIEL, Prof. v. WALLER, Prof. WERTHEIM, Prof. WILSON, Prof. ZEISSL und anderen Fachmännern

herausgegeben von

Prof. Dr. F. J. Pick und **Prof. Dr. H. Auspitz**

Vorstand der Klinik für Hautkrankh. u. Syph. in PRAG

Director der allgemeinen Poliklinik in WIEN.

Fünfter 1878. Jahrgang.

(Der Reihenfolge X. Jahrgang.)

Mit zehn lithographirten Tafeln und einem Holzschnitte.

Wien, 1878.

Wilhelm Braumüller

k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.



Inhalt.

Originalabhandlungen.



An unsere Leser!

Mit dem eben ausgegebenen Hefte schliesst der zehnte Jahrgang unserer Vierteljahresschrift. Wir haben, als wir im Jahre 1869 das Archiv gründeten, uns ein Programm vorgezeichnet, welches dahin gerichtet war: ein Centralorgan für die Dermatologie und Syphilislehre zu schaffen, welches die Ergebnisse theoretischer Forschung mit den Aufgaben des praktischen Klinikers in Einklang zu erhalten, eine Stätte für die ruhige, oft unscheinbare, aber stets ernste Arbeit zu eröffnen, die Fortschritte der reinen und angewandten Pathologie und Therapie zu registriren, zu vergleichen, kritisch zu sondiren hätte — ein Organ, welches dem Leser vollen Aufschluss über alles Wissenswerthe der Fächer zu bieten vermöchte, und an welchem keine der auftauchenden Fragen, wie sie die Wissenschaft beständig an die Oberfläche trägt und freilich oft wieder versinken lässt, spurlos vorüberginge — ein wirkliches „Archiv" der dermatologischen und syphilidologischen Erkenntnisse.

Nunmehr, nach zehnjährigem Bestande unseres Blattes, soll die Frage beantwortet werden, ob es diesem Programme treu geblieben, ob das letztere zum Durchbruch gebracht worden ist? Den Herausgebern selbst steht freilich die Antwort nicht zu; aber wird man es ihnen verargen, wenn sie im Bewusstsein redlichen Willens und strammer, materiell wenig lohnender Mühewaltung und Arge-

sichts zahlreicher Kundgebungen ermuthigender Aufmerksamkeit und unverholener Anerkennung die Frage in der That für beantwortet ansehen; wenn sie glauben, ihr ursprüngliches Programm auch für das nächste Decennium festhalten zu können; wenn sie an die treue Anhänglichkeit ihrer Leser, an die fortgesetzte Unterstützung durch fast alle hervorragenden Fachcollegen, endlich an die Möglichkeit glauben, die Betheiligung an den Fortschritten in den einschlägigen Disciplinen noch in weitere Kreise als bisher tragen zu können? Und indem die Herausgeber, hierauf bauend, nochmals Allen, die ihnen im verflossenen Decennium zur Seite gestanden: der hochachtbaren Verlagshandlung, die namhafte Opfer nicht gescheut; ihren Mitarbeitern aus den glänzendsten Reihen der Vertreter deutscher Wissenschaft; endlich dem Kreise der zahlreichen und intelligenten Leser dieser Vierteljahresschrift herzlichen Dank aussprechen, schliessen sie den zehnten Jahrgang des Blattes mit der hoffentlich willkommenen Beigabe eines sorgfältig zusammengestellten Gesammt-Registers aller 10 Jahrgänge und gehen getrosten Muthes an die Fortsetzung ihrer Thätigkeit auch im zweiten Decennium des Bestandes der Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis.

Die Herausgeber.



Originalabhandlungen.



Zur Anatomie der Blasenbildung an der menschlichen Haut.

Von

Dr. Paul Unna,

Assistenzarzt am Hamburger allgemeinen Krankenhause.

(Hierzu Tafel I und II.)

Betrachtet man die Decke einer durch Spanischfliegenpflaster gezogenen Blase, frisch abgezogen, von der Unterseite, so gewahrt man einen weissgelblichen, gleichmässigen Beleg, der stets leicht von der mit abgehobenen Hornschicht der Epidermis abzugrenzen ist und an einzelnen Stellen zu einer selbstständigen, dicken Membran anschwillt.

Ueber die letztere sagt schon Gustav Simon (die Hautkrankheiten etc. 1848, pag. 93): „Die Masse wird gewöhnlich als eine aus geronnenem Faserstoff bestehende Pseudomembran angesehen und hat auch auf den ersten Blick Aehnlichkeit mit einer solchen. Untersucht man dieselbe indess genauer, so findet man, dass sie zwar einzelne Flocken und Stränge enthält, welche unter dem Mikroskop und gegen Reagentien sich wie geronnener Faserstoff verhalten, dass sie indess zum grossen Theile aus den unteren aufgelockerten Schichten der Oberhaut besteht. Auch wenn man die Epidermishülle des Bläschens nach Entfernung der daran befindlichen weissen Masse untersucht, so überzeugt man sich, dass man nur die höheren Lagen der Oberhaut vor sich hat; die fehlenden tieferen Schichten sind in der erwähnten weissen Masse enthalten. Einzelne kleine Stränge, welche wirklich geronnener Faserstoff zu sein scheinen, findet man bisweilen im



flüssigen Inhalte der Bläschen zwischen den Eiterkörperchen suspendirt. Ich habe mich von diesem Verhalten der Vesikeln besonders durch häufige Untersuchung der Variolabläschen überzeugt.“

Ich bemerke hierzu, dass diese Auseinandersetzung Simon's auf die Bläschen, nicht eigentlich auf die Blasen geht. Da wir aber heutzutage die specifischen Unterschiede zwischen Vesiculae und Bullae nicht mehr anzugeben wissen, so gilt nun auch dieses Urtheil für die Pseudomembran der bullae nothwendig solange, bis für diese speciell eine andere Anschauung als die richtige nachgewiesen ist. Die Folgezeit hat nun Simon in seiner Behauptung bezüglich der vesiculae durch die gründliche Bearbeitung der Pockenefflorescenz in der Frage: „geronnener Faserstoff oder modificirte Epidermis“ Recht gegeben. Wie steht es aber mit der sogen. Pseudomembran der durch Sinapismen erzeugten Blasen?

Das mikroskopische Studium der hier vorkommenden Membranen lehrt zunächst folgendes: Erstens ist die Dicke derselben im Allgemeinen proportional der Zeit, während welcher die Blase bestand. Man überzeugt sich hiervon leicht durch successives Abtragen einzelner Theile einer Blasendecke. Zweitens wird die Dicke beeinflusst von der örtlichen Beschaffenheit der Oberhaut. So lieferte mir die Rückenhaut im Allgemeinen dickere Membranen als die Haut der vorderen Brustfläche. Weiter ist die Dicke auch insofern von dem Sitze der Blase abhängig, als zufällige Vertiefungen des Hautterrains unter der prall über dieselben hinweggespannten Blasendecke durch eine grössere Dicke der Membran ausgeglichen werden. So erhielt ich die dickste aller Membranen bei einer Blase, welche über eine sattelförmige Einsenkung des Brustbeines hinwegging. Die letztere war fast ausgeglichen durch eine noch nach Alkoholhärtung 2 Mm. dicke Membran von derselben Structur wie die übrigen. Endlich gewinnt man bald die Einsicht, dass abgesehen von diesen Factoren die Mächtigkeit der Membran noch stark beeinflusst wird durch unbekannte, nicht örtliche Factoren, welche wohl in der Blutfülle des Patienten, in der Energie des Herzens und der Gefässe, der Beschaffenheit (Gehalt an Fibringeneratoren?) des Blutes und vielleicht noch in manchen anderen Dingen zu suchen sein mögen.

Hieraus scheint wenigstens soviel hervorzugehen, dass man nicht die modificirten unteren Oberhautschichten allein in der



Membran zu suchen hat; sonst wäre es unbegreiflich, wie in einzelnen Fällen innerhalb 24 Stunden eine so enorme Verdickung derselben statthaben könnte. Die Abhängigkeit der Dicke von der Zeit und von mechanischen Umständen (Vertiefung des Blasenterrains) deutet hingegen auf eine wahre Exsudation hin, deren Rolle näher zu bestimmen jetzt die Aufgabe ist. Dass auf der anderen Seite die örtliche Beschaffenheit der Epidermis, vor Allem die Mächtigkeit der Stachelschicht auch in Betracht kommt, lehrt die Verschiedenheit der Blasendecken an verschiedenen Hautstellen. Es ist ferner zu betonen, dass die Membran der Hornschicht fest adhärirt und selbst sehr elastisch, schwer zu zerzupfen ist. Keinesfalls haben wir es hier mit einem blos aufliegenden Gerinnsel aus der Blasenflüssigkeit zu thun.

Fig. 1 (Taf. I) gibt bei schwacher Vergrösserung (Hartnack II, 1; Härtung in Ueberosmiumsäure) einen senkrecht zur Ebene der Blasendecke geführten Schnitt eines Falles mit stark entwickelter Membran (*m*). Man sieht zu oberst die Hornschicht (*h*), darunter eine Lage gleichmässig kleiner, runder Zellen (*s*), welche bei *schw.*, dem Orte eines früheren Schweissdrüsencanales sich in spiraliger Windung in die Membran fortsetzt. Die letztere (*m*) besitzt reichlich das Zwölffache der Dicke der Hornschicht und darauf folgenden Rundzellenschicht. Sie ist durch nahezu parallele Bänder (*b*) in wagrechte Felder getheilt, welche hie und da zerstreute Zellen, Kerne und ganze Zellennester beherbergen. An der unteren Grenze der Membran ist der Zellenreichthum wieder auffallend stark. Die Hauptmasse der Membran wird aber nicht von den genannten Zellenabkömmlingen, sondern von einer filzigen Substanz gebildet, die bald wie ein dichtes, klein- oder grobporiges Fasergerüst, bald wie eine von feinen Fäserchen durchzogene compacte Masse aussieht. Es ist kein Zweifel, wir haben die Substanz vor uns, von welcher es zweifelhaft ist, ob sie dem Epithel oder dem Blute ihre Entstehung verdankt.

Eine einfache Fibrinausscheidung, etwa zwischen comprimirte Epithelbalken hinein haben wir nun gewiss nicht vor uns. Hiergegen spricht schon das sehr verschiedene, mattere oder glänzendere, zartere oder dichtere Aussehen von benachbarten Feldern dieser Substanz. Hat man eine wirkliche Fibrinflocke auf dem Objectträger daneben, so springt der Unterschied des Aussehens besser



in die Augen, als er sich beschreiben lässt. Im Allgemeinen ist unsere Substanz derber, compacter. Auch zeigt sie im frischen Zustande nicht die reinen mikrochemischen Reactionen des Fibrins, obgleich auch hier Aehnlichkeit unverkennbar ist. Lässt man einen Strom sehr verdünnter Essigsäure unter dem Deckglase hindurchgehen, so nimmt man bald ein Abblassen und Aufquellen des Filzes wahr, eine Lösung kommt nie zu Stande. Eisessig ruft rasch eine starke Quellung bis zum Unsichtbarwerden hervor, spült man aber mit destillirtem Wasser nach, so treten die Contouren des Filzes, wenn auch blasser und zarter, wieder auf. Dasselbe sieht man bei Behandlung mit verdünnten Mineralsäuren und verdünnten Alkalien. Verdünnte Salzlösungen verändern an der Substanz so wenig etwas wie destillirtes, auf 40—50° und bis zum Kochen erhitztes Wasser. Bei längerer Behandlung der Schnitte mit starken Mineralsäuren oder Alkalien löst sich die Substanz allmälig vollkommen auf.

Lässt man die Lösung rasch durch eine Chlorwasserstoffpepsinmischung unter dem Deckglase vor sich gehen, so wird die Substanz viel rascher verdaut als das Protoplasma der eingeschlossenen Zellen. Das letztere quillt langsam zu einer blassen Kugel und lässt gewöhnlich aus einem dreispaltigen Risse den unverdauten Kern austreten, wenn von dem Filze schon keine Spur mehr zu sehen ist. Hierbei sieht man nun auch, dass die Bänder (Fig. 1, *b*), welche die Felder der Membran einrahmen, nicht etwa aus einer anderen, dem Protoplasma näher stehenden Substanz bestehen. Sie lösen sich ganz gleichmässig mit dem übrigen Filze und sind nur als verdichtete Randpartien der einzelnen Felder zu betrachten. Sie können also auch nicht zur Erklärung der besonderen Elasticität und Cohärenz der Membran herbeigezogen werden.

Es frägt sich nun weiter, ob aus den vielen eingestreuten Zellen ein Schluss auf die Herkunft der Membran zu machen sei. Von vorneherein wird der Anhänger der Exsudattheorie diese kleinen, isolirt meist runden, grosskernigen Zellen für ausgewanderte weisse Blutkörperchen, der Anhänger der epithelialen Entstehung der Membran sie für durch Proliferation entstandene Abkömmlinge des Epithels mit gleichem Rechte halten. Bei näherer Betrachtung spricht aber allerdings weit mehr für letztere Anschauung, denn diese Zellen, durch die ganze Membran zerstreut, sind gar nicht zu

unterscheiden von den direct unterhalb der Hornschicht liegenden und denjenigen, welche dicht gedrängt das alte Bett des Schweissdrüsencanales erfüllen und in denen, trotzdem sie die Stacheln verloren haben, zum Theil gequollen sind und zum Theil in starker Proliferation sich befinden, Niemand die früheren Epithelien der Stachelschichte und des Schweissdrüsencanales verkennen wird.

Um in diesem Entweder-Oder einen Schritt vorwärts zu kommen, ist es durchaus nothwendig, nicht diese exquisiten Membranen, sondern andere Blasendecken zu untersuchen, in denen die Veränderungen der normalen Gewebstheile eben beginnen.

Fig. 3 (VIII, 3; Osmiumpräparat) auf Tafel I gibt einen kleinen Abschnitt einer solchen Blasendecke wieder und repräsentirt eines der häufigsten Bilder, welche man an denjenigen Stellen trifft, wo mikroskopisch unter der Hornschicht nur ein zartes, gelbliches Häutchen zu bemerken war. Die Hornschicht schliesst nach unten mit einem tiefschwarzen Bande der basalen Hornschicht (strat. lucidum) ab (*bs*). Hierauf folgt eine Zellenlage mit vielen kleinen Kernen und kernähnlichen Gebilden durchsetzt, die sehr unregelmässig vertheilt zu sein scheinen. Das Protoplasma dieser Zellen (*ks*), welche der Lage nach den Körnerzellen und obersten Stachelzellen entsprechen, ist stellenweise sehr undeutlich und wird von einer feinfaserigen Masse ersetzt, die von unten her zwischen die Kerngebilde einstrahlt. Statt den nun folgenden Stachelzellenlagen findet sich bei *h* ein grosser Haufe dicht aneinander liegender, durch gegenseitige Abplattung polygonaler Zellen, die alle keine Stacheln, ein glänzendes Protoplasma, einen verhältnissmässig grossen Kern, häufig deren zwei besitzen und offenbar aus der Proliferation einiger weniger Stachelzellen hervorgegangen sind. Unterhalb dieses Haufens ziehen sich zwei Bänder (*b b*), aus der beschriebenen filzigen Substanz bestehend, horizontal hin, so dass sie wohl der Oberfläche des in der Blase enthaltenen serösen Exsudates, aber nicht genau der Oberfläche der darüber hinwegziehenden Hornschicht entsprechen und deren Einsenkungen und Erhebungen, wie Fig. 3 zeigt, ausgleichen. Diese Bänder (*b b*) enthalten ebenfalls Gruppen von Zellen, Kernen und Kerngebilden und gehen ihrerseits unmerklich in die feinen Fäserchen über, welche in die oberen Stachelzellenlagen ausstrahlen.

Fig. 6 (Hartn. VIII, 3. Alkoholhärtung, Haematoxylintinction) auf Tafel I erläutert näher die Natur der Veränderungen in der obersten Stachelzellen-, resp. Körnerzellenlage. Hier fehlt die fibrinähnliche Substanz noch fast gänzlich, bei *fib.* findet sich die erste Spur derselben. Die Zellen sind zum Theil sehr aufgequollen, fast alle heller und grösser als gewöhnlich, haben sämmtlich ihren Stachelpanzer verloren und stossen in gradlinigen Contouren zusammen. Die merkwürdigste Veränderung ist aber jedenfalls das Auftreten von kernähnlichen, durch Haematoxylin stark tingiblen Körpern von meist wurstförmiger Gestalt (*w*). Häufig scheinen sie den Kern zu ersetzen, ebenso oft findet man sie um den Kern gruppirt. Noch deutlicher tritt ihre Anordnung an dem Stücke *B* des Schnittes hervor, das beim Schneiden auswich und daher in einen Flächenschnitt ausartete. Ebenso hervorgebrachte Schnitte zeigen die Figuren 7, 9 und 10 auf Tafel II.

Fig. 7 ist abgebildet, weil es ein Licht auf die Entstehung der wurstförmigen Körper zu werfen scheint. Man sieht mehrere Zellen (*a*, *b*), in denen dieselben den Kern einfach umrahmen, dann andere, in denen sie zu mehrfach gewundenen Bändern an einander stossen (*c*, *d*, *e*) oder gar noch zusammenhängen. Zwischen diesen Arten der Vertheilung sieht man alle zu wünschenden Uebergänge. Bei *f* findet sich nun eine grosse Zelle, welche in einem äusseren Ringe von hellem Protoplasma einen Kranz von wurstförmigen Körpern enthält, während in dem starkkörnigen Protoplasma der mittleren Zellpartie ein Kern und diesen umgebend, ein stark tingirtes, mehrfach geschwungenes Band sichtbar wird (*kb*). Ich will es das K e r n b a n d nennen und nehme an, dass die wurstförmigen, durch Haematoxylin stark sich färbenden, in Chlorwasserstoffpepsinlösung unlöslichen Körper aus dem Zerfall eines solchen Kernbandes hervorgehen. Die Zelle *f* der Fig. 7 gibt auf diese Weise wohl eine Erklärung für die Entstehung einer in Fig. 8 (Tafel II) abgebildeten Zelle von einem anderen Präparate, in welcher der grosse Kern von einem sehr regelmässigen Kranz kernähnlicher Gebilde umgeben wird, an den sich nach aussen in einer zweiten Reihe noch vereinzelte andere anschliessen. Die Zelle *d*, Fig. 7, enthält nach meiner Ansicht ein Kernband, das gerade im Zerfalle begriffen ist. Hier findet sich auch statt des Kernes wie öfters einer der wurstförmigen Körper. Bei der hier angewandten starken



Vergrösserung sieht man deutlich, dass die letzteren nicht vollkommen solide Gebilde sind, sondern hie und da Licht durchschimmern lassen, mithin Hohlräume oder mindestens bedeutende Substanzverschiedenheiten einzelner Theile besitzen müssen. Bei noch stärkerer Tinction mit Haematoxylin (Fig. 9) verschwinden diese Lücken in den wurstförmigen Körpern wieder für das Auge (*a*, Fig. 9). In der Zelle *g*, Fig. 7, ist ein zerfallenes Kernband neben zwei wohlausgebildeten Kernen vorhanden. Die Contouren der „wurstförmigen," kernähnlichen Gebilde sind meist glatt, ihre Gestalt ist meist die Halbmondform. Häufig sind die Contouren aber auch wellig, aus Kreissegmenten zusammengesetzt (Zelle *a*, Fig. 9). Sie stellen dann Conglomerate kleinerer Kügelchen dar, in die sie schliesslich auch zerfallen. Die Theilprodukte sind dann meist kuglig, gleichen Kernkörperchen oder winzigen Kernen. Da nun Kernvermehrung und evidente Kerntheilung an demselben Orte eine überaus häufige Erscheinung ist (s. z. B. Fig. 10), so kann ich nicht umhin, dieses ganze Phänomen als eine pathologisch verkümmerte Kernvermehrung, als einen abortiven Kernbildungsprocess anzusprechen.

Fig. 9 zeigt noch ausserdem den bis jetzt nur einmal von mir gesehenen Befund einer Art von Zellenverschmelzung. Die Zellenterritorien *b*, *c*, *d* sind nicht gegeneinander abzugrenzen und die groben, in ihnen enthaltenen Körner haben sich in eigenthümlicher Weise so um die drei grossen, scharf contourirten Kerne gruppirt, dass ein Fortsatz von gröberen Körnern aus der Zelle *b* hineinragt in die Zelle *c*, und ebenso aus *c* nach *d* hinein, um mit der die Kerne umgebenden Körnermasse zu verschmelzen. In den Zellen *e* und *f* scheint sich ein solcher Vorgang durch Aussenden von Fortsätzen aus der gröberen Körnermasse vorzubereiten. Die Zellgrenzen sind hier noch deutlich sichtbar. Ich glaubte diesen bisher unbeschriebenen Befund einer Art Zellenverschmelzung seiner Deutlichkeit halber nicht übergehen zu sollen.

Die im Bisherigen besprochenen pathologischen Veränderungen, das Aufquellen der Stachelzellen, das Auftreten einer filzigen, fibrinähnlichen Substanz an Stelle früheren Zellprotoplasmas, die einfache Kern- und Zelltheilung fertiger Stachelzellen (ein stets pathologischer Vorgang), das Erscheinen von kernähnlichen Gebilden, welche bald zerfallen, sind in verschiedener

Variation die bei künstlicher Blasenziehung in der abgehobenen Epidermis zu beobachtenden Vorgänge. In den 23 durch Emplastrum vesicatorium abgehobenen Blasendecken, welche ich zu untersuchen Gelegenheit hatte (17 in Alkohol, 6 in Ueberosmiumsäure gehärtet), war meist viel filzige Substanz vorhanden. Ich hatte die Blasen aber auch meistens 12—24 Stunden nach ihrem Auftreten erst entfernt. Stets war die fibrinähnliche Substanz von einer grösseren oder geringeren Anzahl von kernähnlichen Gebilden durchsetzt, die so sehr den beschriebenen wurstförmigen Körperchen der obersten Stachelzellenlagen glichen, dass ich nicht umhin kann, dieselben ebenfalls scharf von ausgewanderten weissen Blutkörperchen, deren Abkömmlingen und Kernen zu sondern und dagegen für den Rest wirklicher Epithelzellen zu halten, mithin die gesammte Membran für eine sehr stark modificirte Epidermis zu erklären, selbst wenn dieselbe bis zur zwölffachen Dicke angeschwollen erscheint. Ich erkläre mir diese zuweilen enorme Schwellung durch eine nachträgliche Aufnahme gerinnbarer Eiweissstoffe aus der Blasenflüssigkeit in die schon modificirte fibrinähnliche Zellsubstanz hinein. Diese Hypothese stützt sich auf die weiter unten mitgetheilte Thatsache, dass wir unter Umständen die fibrinoide Substanz bedeutende Druckwirkungen ausüben sehen, für die schliesslich nur die Annahme einer starken Anziehung und Aufsaugung gerinnender Eiweisssubstanzen möglich erscheint. Ist diese ganze Deutung der Membran richtig, so erklärt es sich freilich einfach, dass häufig (Fig. 1) ganze Schweissdrüsenspiralen die Membran durchsetzen, was doch bei der Exsudattheorie nur sehr gezwungen durch nachträgliche Einbettung solcher erhaltenen Spiralen zu deuten wäre. Es erklärt sich so in ungezwungener Weise das mit der Zeit annähernd proportionale, häufig enorm rasche Wachsthum, d. h. Anschwellen einer Membran, die schliesslich doch in ihrer Cohärenz mehr einem Gewebe als einer gerinnenden Ausschwitzung gleicht.

Die wirkliche Theilung und Vermehrung fertiger Stachelzellen, die zu den beschriebenen Zellenballen führt, fand ich nicht immer, zuweilen aber in hohem Grade ausgeprägt. Der abortiven Kernvermehrung aber, mit andern Worten: den wurstförmigen Körperchen begegnete ich überall, theils mehr in den obersten, theils mehr in den unteren fibrinoid entarteten Partien.



Bevor ich im Folgenden versuchen werde, die gefundenen Thatsachen zu einem einheitlichen Vorgange zu gruppiren, schicke ich noch kurz den Befund voraus, den ich an dem post mortem excidirten Blasengrunde in 5 Fällen zu sehen Gelegenheit hatte. Die Blasen hatten in diesen Fällen zwischen 6 und 24 Stunden bestanden. In allen Fällen fehlte die Epidermis am Blasengrunde zum grössten Theile; nur hie und da lag auf der Cutis ein Ballen stark proliferirender Epithelzellen. In einem Falle war eine fast continuirliche Lage solcher proliferirender Epithelballen vorhanden. Stets war die Cutis dicht durchsetzt von sehr kleinen Granulationszellen, die Gefässe des oberflächlichen Gefässnetzes der Cutis waren erweitert, von vielen jungen Zellen mit stark tingiblen Kernen umgeben (Wanderzellen? Sprossungen der Gefässwände?). Viele den letzteren durchaus ähnliche Zellen lagen auf der Cutis in gleicher Höhe mit den Epithelresten, die Flüssigkeit intra vitam endlich enthielt wirkliche Fibringerinnsel, fibrinoid entartete Epidermisbalken und ausser „kernähnlichen Gebilden“ Zellen und Kerne, die theils als aus Proliferation entstandene Epithelabkömmlinge, theils als ausgewanderte Cutiszellen anzusprechen waren.

Der durch den Entzündungsreiz sehr rasch hervorgerufene, übermächtige Ernährungsstrom dringt also in die untersten Stachelzellenlagen ein und da die normal zwischen den Stacheln übrigbleibenden Räume ihn nicht zu fassen vermögen, so reisst er gewaltsam die Epidermis innerhalb der untersten Stachelschicht auseinander, so dass nur einzelne Zellencomplexe an der Cutis haften bleiben. Der hiedurch geschaffene Spalt wird nun verhältnissmässig rasch durch nachsickerndes Secret erweitert und dehnt sich zur definitiven Höhe des Blasenraumes aus, soweit es die Elasticität der Epidermisdecke erlaubt. Das seröse Exsudat wirkt jetzt auf diese Epidermisdecke in verschiedener Weise ein:

1. Der erste Effect ist eine Quellung aller Stachelzellen, so dass die normalen Stachelcontouren verloren gehen und die Zellen platt aneinander stossen.

2. Während darauf einzelne Complexe von Epithelien der tieferen Lagen, besonders aber diejenigen, welche die Wandungen der Schweissdrüsencanäle bilden, in Proliferation gerathen, findet in den obersten Lagen des noch unverhornten Epithels auch wohl Kerntheilung und hin und wieder Zellentheilung statt, doch meistens



sehen wir hier statt dessen die Bildung körniger Bänder, die wieder zu „wurstförmigen" Körperchen zerfallen, oder auch ein Zerfallen der ganzen Zelle in Abschnitte, in denen sich einzelne kernähnliche Bildungen befinden (s. z. B. Fig. 9, *g*), genug wir treffen hier einen unvollkommenen Proliferationsprocess.

3. In die so auf verschiedene Weise umgebildeten Epithelien greift jetzt die fibrinoide Metamorphose noch mehr umgestaltend ein. Alles restirende Protoplasma, sowohl der einzelnen Epithelien als der Epithelballen und der gequollenen Epithelien mit kernähnlichen Bildungen bekommt eine fibrinähnliche Structur und zugleich jene oben bezeichneten chemischen Eigenschaften, vor allem die im Vergleich zum Epithelprotoplasma raschere Verdaulichkeit in Pepsinlösung. Diese Entartung schreitet von unten nach oben fort, wird also wohl dem fortdauernden Einflusse des serösen Exsudates zuzuschreiben sein. Während das Protoplasma fibrinoid entartet, zerfallen auch die Kerne derjenigen Zellen, welche aus einfacher Proliferation entstanden sind. Auch diese Kerntheilstücke werden häufig wurstförmig an einander gereiht gefunden.

4. Die frühere Stachelzellenschicht stellt jetzt ein complicirtes Gebilde dar, aus faserigen, durch den Druck der Flüssigkeit zu Bändern abgeplatteten Massen bestehend, welche einzeln Epithelien, Nester von solchen und überall zerstreut Kerne und kernähnliche Bildungen einschliessen. Durch fortwährende Aufnahme gerinnungsfähiger Lösungen aus der Blasenflüssigkeit quillt dieselbe allmälig zu der Eingangs beschriebenen Membran an, indem sie sich eben durch die Aufnahme mehr und mehr einer fibrinösen Masse verähnlicht. Da diese Einverleibung bald in stark entartetes, bald in einfach gequollenes Protoplasma hinein stattfindet, so resultirt eine bald derbere, bald zartere fibrinoide Substanz in verschiedenen Theilen der Membran.

An diese Deutung der gefundenen Bilder möchte ich noch die Erörterung einiger Punkte von wesentlichem Belange knüpfen. Die fibrinoide Entartung des Epithels haben wir bisher als einfache Folge der serösen Exsudation angesehen. Es fragt sich jedoch, ob hierbei nicht auch das Mittel, welches die Exsudation hervorrief, einen specifischen Einfluss besitzen könne, etwa wie das Diphtheritisgift oder das Pockengift (Weigert). Zum Zwecke der Entscheidung in dieser Frage rief ich Blasen mittelst Veratrin-

und Sublimatcollodium hervor. Das Resultat blieb ganz dasselbe, wenn nur wirklich ordentliche Blasen hiedurch zu Stande kamen. Da aber immerhin der Einfluss dieser Gifte zunächst die Epidermis trifft und ein gleiches Resultat, wenn nicht dem Cantharidin allein, so doch vielleicht allen scharf reizenden Mitteln in Bezug auf die Epidermis zugeschrieben werden konnte, so suchte ich eine einfache Blasenerhebung zu Stande zu bringen mit Ausschluss jedes die Epidermis berührenden Acre und zwar durch lang andauerndes, trockenes Schröpfen. Die hier rein durch negativen Druck hervorgebrachte Exsudation ergab nun folgendes Resultat:

Untersuchte ich die Blasendecke gleich nach Entstehung der Blase, so fand ich hier alle Schichten der Epidermis in normaler Verfassung von der Cutis abgehoben (charakteristisches Symptom der acutesten Blasenerhebung), die Stachelzellen in verticaler Richtung plattgedrückt, die Stachelcontouren verwischt. An einer ebensolchen Blasendecke 9 Stunden später zeigte sich nun folgender Befund (Tafel I, Fig. 2, Alkoholhärtung, Haematoxylintinction; VIII, 3): An die Blasendecke hatte sich von unten her ein wirkliches Fibringerinnsel (*fib.*) mit einzelnen weissen Blutkörperchen darin angelegt. In der durch Haematoxylin ziemlich stark gefärbten Stachelschicht (*st.*) befanden sich einzelne hellere Nester (*n n'*), die aus evident gequollenen Epithelien bestanden. Dieselben hatten nicht nur die anliegenden Zellen comprimirt, sondern wie es schien sogar den eigenen Kern zur Stäbchenform zusammengedrückt. In ihrem Volumen vergrössert, überragten sie hie und da (*n'*) die untere Grenze des normalen Epithels und gingen in feinfaserige, zuweilen Kernreste enthaltende Streifen über, die sich von dem wahren Fibrinexsudat gut abgrenzen liessen und also wohl nur die veränderten Epithelien selbst darstellen konnten (*me*). Dieser Befund an den durch Schröpfen erzeugten Blasen stimmt so durchaus mit den früheren überein, dass ich jede Specifität des blasenziehenden Mittels in Bezug auf die Quellung und fibrinoide Umwandlung der Epidermis glaube ausschliessen zu können.

Ich habe endlich ausser den Decken künstlich erzeugter Blasen auch solche untersucht, welche bei Phlegmonen der Haut (8 Fälle) und bei Erysipelas bullosum (1 Fall) entstanden waren. Namentlich lieferte mir die Phlegmone der Planta pedis sehr



instructive Bilder, insofern hier die fibrinoide Umwandlung des Epithels in grossartigem Massstabe ausgeprägt und bis in's kleinste Detail zu verfolgen war. Die Figuren 4 und 5 auf Tafel I sind hier gewonnenen Schnitten entnommen (Fig. 4 = Hartn. III, 3, Fig. 5 = Hartn. VIII, 3; beides Alkoholpräparate, in Haematoxylin gefärbt). Die krümelig-faserige, gelbliche Masse an der Unterseite der Hornschicht, welche die letztere an manchen Stellen noch um das Doppelte an Dicke übertraf, bestand ganz aus modificirter Stachelschicht. Bis an die Körnerschicht (*k*) liessen sich feine, kreisrunde Lücken in derselben verfolgen (*l*), von fibrinoidem Material erfüllt. Diese stellen den Anfang des Processes dar, welcher im unteren Theil der Stachelschicht damit endet, dass zwischen grossen, in senkrechter Richtung weit ausgedehnten, mit fibrinähnlichem Filze ausgefüllten Spalten (*sp*) gequollene und zu groben oder feineren Balken (*b*) comprimirte Epithelmassen verlaufen, ein Bild, welches auf den ersten Blick an das bekannte Fächerwerk der Pockenpustel erinnert. Die gröberen Balken (b_1) im oberen Theile der Stachelschicht entsprechen regelmässig den Schweissdrüsencanälen und endigen bei *e* wie abgerissen, um im unteren Theile der Membran wieder ein gröberes Maschenwerk zu bilden. Es hat sich statt dessen in der Mitte der Membran eine fibrinoide Masse eingelagert, welcher die einfach gequollenen Stachelzellen unter Compressionserscheinungen ausweichen. Die ganze Membran erlangt dadurch reichlich das Achtfache der früheren Stachelschicht.

Fig. 5 gibt bei starker Vergrösserung über den Vorgang im Einzelnen Aufschluss. Es ist der Anfang eines groben Balkens nahe der Körnerschicht (*k*) gezeichnet. Man sieht bei *l* helle Lücken im Epithel. Hier ist ein Theil des Zellprotoplasmas gequollen und hat den unveränderten, kernhaltigen Rest comprimirt, so dass derselbe den gequollenen Theil ringförmig umfasst. In einigen solcher endogen entstandenen Bläschen tritt ein Faserwerk auf, das hin und wieder auch den abgeblassten Kern der Zelle enthält.

Zuweilen ist auch eine ganze Zelle in ein gequollenes Bläschen verwandelt. Von diesem Umstande hängt es ab, ob in den Bälkchen des nunmehr entstehenden Fachwerkes noch Stachelcontouren zu erkennen sind (*bst*) oder nicht (*b*). Wenn 2 benachbarte Bläschen endogen entstanden sind, so drücken sie die sich erhal-

tenden Protoplasmaringe zu einem Balken zusammen, an dem die stachlige Trennungslinie der früheren Zellen oft noch wahrzunehmen ist. Comprimiren dagegen 2 aus ganzen Zellen entstandene Bläschen eine dazwischen befindliche Epithelzelle zu einem Balken, so zeigt dieser natürlich keine Stachelcontour. Theilung der Epithelien habe ich hier gar nicht, doppelte Kerne nur sehr selten gefunden, dagegen trat hier eine Erscheinung in den Vordergrund, welche mehr oder minder exquisit auch bei dem Fächerwerk der Pockenpustel ausgeprägt ist, während sie bei künstlich erzeugten Blasen, wenn auch vorkommt, doch sehr selten ist, ich meine das Verschwinden des Kernes, auf welches Weigert bei der Pockenpustel ein ungemein grosses Gewicht legt. Nicht blos in den schon stark comprimirten, sondern einfach quellenden Zellen kann man das Abblassen der Kerncontouren und schliessliche Verschwinden derselben sehr häufig constatiren [1]).

Ich habe keinen Grund, das primäre Verschwinden des Kernes an Stelle der ersten Einwirkung des Pockengiftes im Geringsten zu bezweifeln, um so mehr muss ich aber betonen, dass bei subacuter Einwirkung einfach serösen Exsudates dasselbe häufig zu finden ist. Auch scheint es erwähnenswerth, dass in diesen Fällen immer das Auftreten von vereinzelten Bacterienhaufen bemerkt wurde, die freilich in dem ganzen Bilde nur eine sehr nebensächliche Rolle spielten. Aber an Bedeutung gewinnt dieser Bacterienbefund vielleicht dadurch, dass bei dem Falle von Erysipelas bullosum, den ich zu untersuchen Gelegenheit hatte, die hier mehr wolkig-krümeligen Massen von der Unterseite der Hornschicht ausser Eiter- und Blutkörperchen fast durchweg kernlose Epithelbalken und zahllose Schwärme von Mikrokokken enthielten. Um in die Ausbreitung der letzteren genauen Einblick zu erhalten, durchspülte ich die Präparate unter dem Deckglase zuerst mit Aether und dann mit Pepsinlösung, um alle Körnchen jeder Art ausser den Mikrokokken zu entfernen. Dabei traten die Contouren

[1]) Ich muss dabei betonen, dass ich als eine vollkommene Haematoxylinfärbung eines Schnittes — und nur eine solche gibt über das Nichtvorhandensein eines Kernes in diesen trüben Massen sicheren Aufschluss — allein diejenige anerkennen kann, bei welcher auf eine langsame, übermässig starke Haematoxylinfärbung eine Entfärbung des Ueberschusses durch Eisessig gefolgt ist.



der blassen Epithelbalken allmälig sehr deutlich hervor, allein umhüllt von Myriaden von Bacterien. Es scheinen also Gewebsflüssigkeiten, welche der Proliferation von Bacterien günstig sind, das Verschwinden des Zellkernes zu befördern. Im Uebrigen unterscheidet sich die Structur der Erysipelasmembran nicht wesentlich von der phlegmonösen.

Diese letzteren Befunde sind für das Verständniss der acut erzeugten Blasen insofern wichtig, als sie die dort mehr sprungweise erscheinenden Stufen der Veränderung in einem Bilde an Uebergängen studiren lassen und andererseits für die Theorie der Druckwirkungen quellender Epithelien durch Aufnahme gerinnbarer Eiweisssubstanzen eine brauchbare Stütze liefern. Nicht zu verkennen ist, dass durch sie auch die Wirkung des Pockengiftes auf die Oberhaut verständlicher wird, indem manche hier zu beobachtenden Thatsachen aus ihrer bisherigen Isolirtheit heraustraten. Die Substanz der Erysipelasmembran wenigstens ist von einer aus der Mitte einer Pockenpustel hervorgeholten Masse nicht wesentlich verschieden.

(Die Erklärung der Figuren ist im Texte enthalten.)



Fig. 7. X Imm., 3.



Fig. 8. X Imm., 3.



Fig. 10. X Imm., 3.

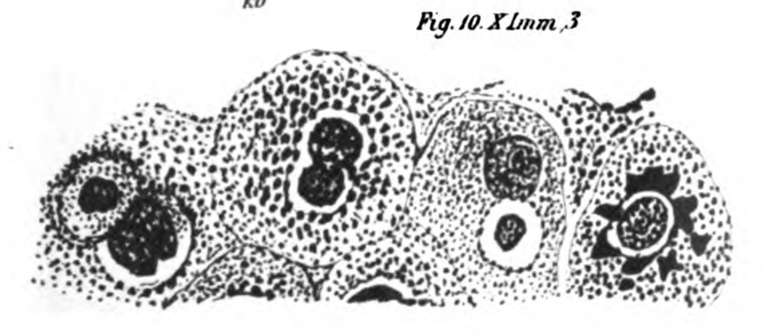
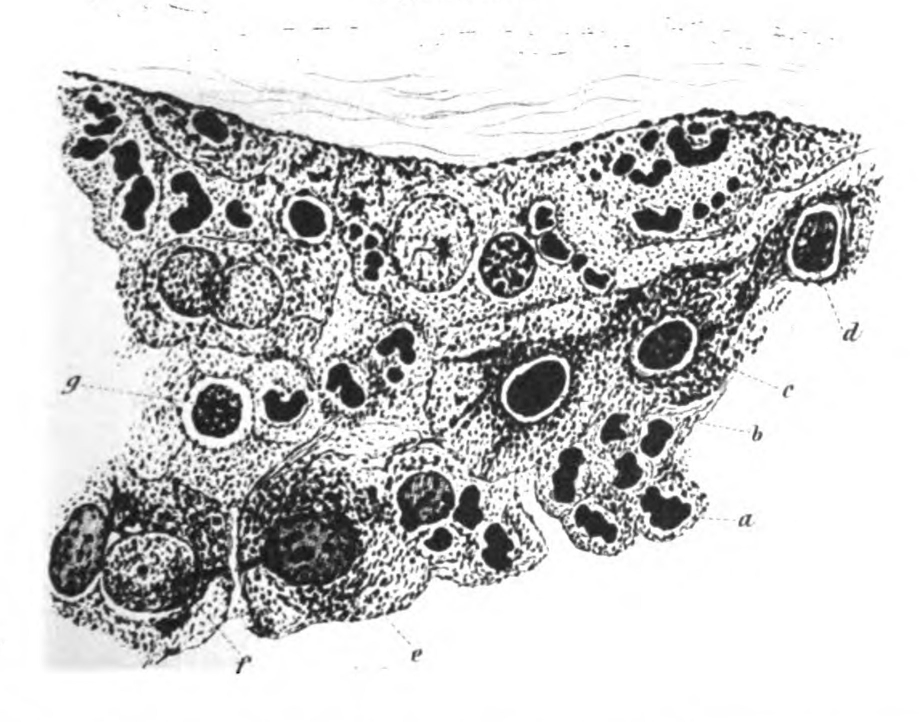



Fig. 9. X Imm., 3.



Unna: Zur Anatomie der Blasenbildung.

Gez. v. Verf. lith. v. Dr. J. Hartzmann.

Ein

seltener Fall von Pemphigus neonatorum.

Von **Dr. Cäsar Boeck** in Christiania.

Folgender Krankheitsfall dürfte vielleicht nicht ohne Interesse sein. Es handelt sich um eine acute, schnell tödtlich verlaufende Affection der Haut eines neugeborenen Kindes mit Abhebung der Epidermis durch ein sparsames, seröses Exsudat, welche Affection sich continuirlich weiter verbreitete, bis beinahe die ganze Hautoberfläche excoriirt war, ohne dass eine Regeneration der Epidermis zu Stande kam, also abgesehen von der Schnelligkeit des Verlaufes — ganz nach Art eines Pemphigus foliaceus bei einem Erwachsenen.

O. L., ein 14 Tage alter Knabe, wurde am 11. Mai 1877 mit seiner Mutter vom hiesigen Gebärhause in die Abtheilung für Hautkranke transferirt. Das Kind wog gleich nach der Geburt 6 Pfund und war in den ersten Tagen ganz gesund. Ungefähr am 5. Tage zeigten sich aber am Hals und Kinn einige Vesikeln, die sich bald vergrösserten, und dann auch von mehreren neuen an anderen Stellen des Körpers gefolgt wurden.

Der Status praesens am 12. Mai, am Tage nach der Aufnahme, war folgender: An vielen Stellen des Körpers, im Gesichte, am Stamm und an den Extremitäten sah man grössere und kleinere, dunkelroth gefärbte und excoriirte Partien der Haut, welche zum Theil schon zu grösseren Flächen zusammen liefen. So sah man z. B. am rechten Arm eine continuirlich erkrankte excoriirte Fläche, die sich von der Mitte der Flexionsseite des Oberarms über die ganze Flexionsseite des Vorderarms

und die Volarfläche der Hand erstreckte. Die von der Epidermis entblössten Hautflächen waren, wie gesagt, dunkelroth und schwach nässend, ohne dass sich eine Spur von irgend einem ulcerativen Process oder Borkenbildung vorfand. An der Circumferenz dieser Flächen sah man zum Theil einen schmalen Saum von der abgehobenen, noch erhaltenen Epidermis, zum Theil nur gelbe, zusammengeballte Reste derselben. Die Grenze gegen die gesunde Haut war eine sehr scharfe. An den beiden Plantae pedis und der linken Vola manus die Haut noch ganz normal. An den sichtbaren Schleimhäuten war nichts abnormes zu beobachten. Das Kind war sehr unruhig und schrie. Häufige, grünliche Stühle. Das Gewicht war jetzt nur $5^3/_4$ Pfund.

13. Mai. Grosse Partien der Haut, die gestern ganz gesund waren, sind heute in den krankhaften Process eingezogen, unter anderen die linke Hand, die beiden Fusssohlen mit einem Theil des Fussrückens. Die leicht abgehobene Epidermis deckt noch an den Füssen das dunkel geröthete Corium wie mit einem fein gefalteten, weisslichen Schleier. Sehr wenig Serum ist unter der abgehobenen Epidermis angesammelt. Die beiden Hände, und grösstentheils auch die ganzen oberen Extremitäten, wie auch grössere Hautflächen sonst am Körper, sind vollständig von Epidermis entblösst und bieten fortwährend eine reine, dunkelrothe Oberfläche dar. In den Handflächen sieht man nur ein paar gelbe Fetzen von zusammengeballten Epidermisresten.

Am Abend desselben Tages war schon die Haut des ganzen Fussrückens, auch eines Theils der beiden Arme angegriffen. Die abgehobene, schleierförmige Epidermis deckte jedoch hier fortwährend das dunkelroth durchschimmernde Corium.

Das Kind starb schon um 3 Uhr am folgenden Morgen (14. Mai). Die Mutter wurde genau untersucht und bot kein Symptom weder einer recenten, noch einer abgelaufenen Syphilis dar. Vom Vater konnte man keine sicheren Nachrichten bekommen.

Aus dem Sections-Protokoll: Leiche nicht sehr abgemagert. Das ganze Gesicht und grosse Partien der Brust, des Unterleibes und des Rückens sind ihrer Epidermis beraubt; am Rücken ist namentlich das ganze untere Drittel von Epidermis entblösst. An den Unterextremitäten ist der ganze linke Oberschenkel bis zum Knie herunter und das untere Drittel des linken Unterschenkels mit dem Fusse in ähnlicher Weise afficirt. Am



rechten Oberschenkel ist die Epidermis nur an einer kleinen Partie nahe oberhalb des Knies sowohl oben an der Flexions- wie an der Extensionsseite ganz entfernt. Unterhalb des Knies ist die Epidermis am ganzen rechten Fuss und am unteren Drittel des Unterschenkels zwar vollständig abgehoben, deckt aber noch wie mit einem Schleier das Corium; es ist kaum eine Spur von Fluidum unter der Epidermis angesammelt. Die beiden Hände sowohl am Dorsum manus wie in der Vola, sowie auch grosse Partien der beiden Ober- und Unterarme sind vollständig ihrer Epidermis beraubt. Die der Epidermis ganz beraubten Partien des Coriums sind sehr stark geröthet, während die noch mit einer abgelösten schleierförmigen Epidermis bedeckten Theile mehr blassroth sind (zum Theil nach dem Tode erblasst).

Bei der mikroskopischen Untersuchung der Haut wurden die Gefässe des Coriums enorm erweitert und strotzend mit Blut gefunden. Dagegen fand sich keine Zelleninfiltration den Gefässen entlang vor, ja es konnte kaum ein einziger Zellenkörper nachgewiesen werden.

Cavitas pectoris: Kein Fluidum in den Pleurahöhlen. Im Pericardium ein halber Theelöffel gelbes Serum. Herz in jeder Beziehung normal. Der untere Lobus der linken Lunge hyperämisch und leicht ödematös. Rechte Lunge normal.

Cavitas abdominis: Kein Fluidum in der Unterleibshöhle. Milz von gewöhnlicher Grösse, Farbe und Consistenz. Leber von gewöhnlicher Grösse und bläulich braunschwarzer Farbe, Oberfläche glatt, Schnittfläche hyperämisch von dunkelbläulicher Farbe mit deutlicher Zeichnung der Acini; Consistenz normal. Nieren von gewöhnlicher Grösse, Consistenz und Farbe, keine markirte Hyperämie, in den Pyramiden Uratinfarkte. Blase vom Urin stark ausgespannt. Darmschleimhaut ganz normal, keine Geschwulst der Follikel derselben.

Cavitas cranii: Ossa cranii und die Meningen normal. Gehirnsubstanz von gewöhnlicher Consistenz und Blutgehalt. Die Ventriculi laterales etwas erweitert, klares Serum enthaltend. Das Ependym namentlich des rechten Ventrikels mit stark gefüllten Gefässen versehen. Das Ependym über den Gefässen etwas opak. Cerebellum, Pons, Crura, Medulla oblongata normal.



Beim Untersuchen der Verbindungsstellen der Epi- und Diaphysen sowie der Rippen und Rippenknorpel wurde alles ganz normal gefunden.

Obschon während des grössten Theiles des Verlaufes der Krankheit, nämlich im Gebärhause, kein Journal geführt war und somit die Entwicklung der Krankheit mangelhaft notirt ist, erscheint doch wohl der Fall durch das oben Angeführte hinlänglich charakterisirt. Die Krankheit scheint im Anfange verhältnissmässig langsam vorgeschritten zu sein, um dann in den letzten paar Tagen sich ungeheuer schnell zu verbreiten und eben so schnell zum Tode zu führen.

Die erste Frage mit Rücksicht auf diesen Fall ist nun, ob es sich um eine syphilitische oder nichtsyphilitische Affection handelt, und man kann wohl sogleich mit Sicherheit die Frage dahin beantworten, dass die Krankheit nichts mit Syphilis zu schaffen hat und zwar aus folgenden Gründen:

Die Krankheit ist nicht zuerst an den für den sogenannten syphilitischen Pemphigus gewöhnlichen Prädilectionsstellen, Vola manus und Planta pedis aufgetreten, sondern am Hals und Kinn. Weiter spricht gegen die Syphilis die Grösse und Ausdehnung der Blasenbildungen, sowie der vollständige Mangel an irgend einem Ulcerationsprocess und an der bei dem syphilitischen Pemphigus gewöhnlichen Borkenbildung; die Fälle nämlich, die ich selbst von der betreffenden syphilitischen Affection gesehen habe, haben doch nie nach dem Bersten der Blasen eine fortwährend reine, rothe Fläche dargeboten. Eine so distinct markirte Symmetrie der Eruptionen, wie man sie beinahe immer eben bei der hereditären Syphilis so schön beobachtet, war in diesem Falle auch nicht vorhanden, ebensowenig wie die bei hereditärer Syphilis fast constant anwesenden Rachenaffectionen. Der mikroskopische Befund, speciell der vollständige Mangel an einer Zellen-Infiltration der kranken Cutis scheint ja auch gegen die Auffassung dieser Affection als eine syphilitische zu sprechen. Mittlerweile behaupten jedoch mehrere, namentlich französische Verfasser [1]), dass der sogenannte

---

[1]) S. J. B. Diday: Traité de la Syphilis des nouveau-nés. Paris 1854. pag. 191.



syphilitische Pemphigus nicht als den übrigen syphilitischen Exanthemen analog betrachtet werden kann, es soll nämlich die genannte Affection in mehr indirecter mittelbarer Weise von der Syphilis abhängig sein. Wenn eine solche Auffassung richtig wäre, könnte allerdings keinerlei Schluss aus dem mikroskopischen Befunde gezogen werden.

Jedenfalls scheint mir der genannte mikroskopische Befund, die kolossale Erweiterung der Gefässe mit Blutüberfüllung derselben noch nach dem Tode, ohne dass ein Austritt von weissen Blutkörperchen sichtbar wird, ganz bemerkenswerth.

Liegt hier also keine syphilitische Affection vor, ist man wohl genöthigt den Fall als einen wahren Pemphigus neonatorum aufzufassen und zwar, wie ich glaube, als eine seltenere Form desselben.

Wenigstens habe ich keinen ähnlichen Fall in der mir zur Verfügung stehenden Literatur gefunden. Dieser Krankheitsfall nämlich hat nichts gemein mit den in den letzten Jahren viel besprochenen, in den Gebär- und Findelhäusern epidemisch auftretenden, bullösen Eruptionen der Neugeborenen, welche man gewöhnlich schlechtweg, aber kaum mit Recht, als Pemphigus neonatorum acutus bezeichnet hat [1]), und von welchem man auch im hiesigen Gebärhause im Jahre 1872 eine Epidemie hatte.

Bei Mangel an einer reicheren Erfahrung über die verschiedenen Pemphigusformen enthalte ich mich des Versuches, dem vorliegenden Fall einen bestimmten Platz im System anzuweisen.

---

[1]) Wenn man eine solche Benennung festhält, unterstützt man wenigstens nicht die Bestrebungen, die gemacht werden, um so viel wie möglich eine Nomenclatur zu haben, womit man nicht bloss symptomatische Begriffe sondern substantive Krankheitsbegriffe bezeichnen kann.

[2]) S. L. Faye: Nogle Undersögelser angaaende nyfödte Börns Erndringsforhold. pag. 155. Kristiania 1874.



Die Lehre von der Visceralsyphilis im achtzehnten Jahrhundert.

Eine historische Skizze von **J. K. Proksch** in Wien.

Boerhaaves' Ausspruch: „in dubiis suspice luem" kommt in unserer Zeit wieder zu neuem Ansehen. Der Arzt, welcher recht alt wird, oder sich die Geschichte seines Faches zu Nutzen macht, kann wohl sehr häufig mit Ben Akiba ausrufen: „Es ist Alles schon einmal dagewesen." Viele Dinge bekommen zwar nach der Zeiten Gang und Bildung andere Namen, verschiedene Formen, gediegenere Ausführungen, doch ihr Wesen bleibt oftmals dasselbe. Ganz so ist es mit dem uns gegenwärtig beschäftigenden Gegenstande. Unsere Vorfahren im vergangenen Jahrhunderte gebrauchten allerdings die heute gangbare Benennung „Visceralsyphilis" nicht, aber die Sache selbst kannte Jeder von ihnen; sie war in den Capiteln: „Lues confirmata," „anomale," „versteckte," „entartete," „ausgeartete," gewöhnlich aber „larvirte" oder „verlarvte Syphilis" mit inbegriffen und hatte auch schon ihre pathologisch-anatomische Grundlage.

Diese Thatsache, welche ich im Nachstehenden begründen werde, ist von den heutigen Syphilographen ihrem vollen Umfange nach unberücksichtigt geblieben. Es würde dieses Versäumniss vielleicht nicht gar viel zu bedeuten haben, denn das Studium der Geschichte der Medicin ist trotz ihrer (oder gerade wegen ihrer?) überaus umfänglichen Literatur leider niemals und nirgends in Fleisch und Blut des grossen ärztlichen Publikums übergegangen. Die Geschichte der Medicin wurde jederzeit und überall nur in

verhältnissmässig kleinen Kreisen gepflegt und hat darum nie den praktischen Nutzen gebracht, welchen sie wirklich bietet. Man muss eine solche Saumseligkeit zwar tief beklagen, — aber sie führt doch wenigstens Niemanden irre; denn wenn Jemand eine von den vielen Lücken in der Geschichte der Medicin entdeckt, so wird er diese Lücke vielleicht ausfüllen, wenn er sie offen daliegen sieht. Was jedoch unter Anderem in unserer Zeit einen positiv schädlichen Einfluss auf die gesammte medicinische Wissenschaft übt und darum mit aller Entschiedenheit bekämpft werden sollte — das ist das bei einer beträchtlichen Anzahl von Schriftstellern zur Mode gewordene, bloss aus der Luft gegriffene Absprechen über ganze grosse Zeitabschnitte und Zweige unserer Wissenschaft. Das sichere Hinstellen von durchwegs negativen Befunden, welche viele von unseren heutigen Schriftstellern in der Literatur unserer Vorfahren gemacht haben wollen, verleiht zwar einen gewissen Glanz, es hält aber Andere von eingehenden Untersuchungen ab, verleitet sie zur prüfungslosen Nachschreiberei kurz: es schadet.

Bezüglich des in Verhandlung stehenden Themas lesen wir bei Zeissl[1]): „Anfangs des 16. Jahrhunderts haben zwar Fernelius und seine Zeitgenossen in sehr bestimmten Ausdrücken von syphilitischen Leberaffectionen gesprochen; die damaligen Beobachtungen waren jedoch, dem derzeitigen Standpunkte der Wissenschaft gemäss, sehr ungenau und verfielen daher nach und nach der Vergessenheit. Erst in unserer Zeit wurde durch die anatomischen Arbeiten Prof. Dittrich's darauf aufmerksam gemacht, dass der syphilitische Krankheitsprocess nicht nur in der Leber, sondern auch in den Lungen anatomisch nachweisbare, krankhafte Veränderungen hervorrufe. Gebührt nun demgemäss Dittrich die Ehre, als Wiederentdecker der Eingeweidesyphilis" etc.

Bäumler[2]) meint: „Der Nachweis der syphilitischen Erkrankung der Leber durch Dittrich bildet einen Wendepunkt in der Lehre von der Syphilis, indem eigentlich erst von da an das Studium der visceralen Syphilis begann. Denn obwohl schon

[1]) Lehrbuch der Syphilis. Stuttgart 1875, II. p. 258.

[2]) Syphilis. — In Ziemssen's Handb. der spec. Pathol. u. Therapie. Leipzig 1874, III. p. 177.



die frühesten Schriftsteller über Syphilis die Leber als den eigentlichen Sitz der Krankheit betrachteten, so war dies doch nur eine auf Galenische Dogmen gegründete Annahme" etc.

Aehnliche Behauptungen könnte ich noch mehrere vorführen, ich halte es jedoch für überflüssig.

Wir sind wirklich den Untersuchungen von Dittrich, Virchow, Wagner, Beer, Heubner, Ljunggren, Zambaco u. v. A. alle Anerkennung schuldig; aber nicht desshalb, weil Einer oder der Andere uns erst mit der Existenz der syphilitischen Erkrankung dieses oder jenes Organes bekannt gemacht hat, sondern weil dieselben die Lehre von der Visceralsyphilis, welche im Anfange und um die Mitte unseres Jahrhunderts nur mehr wenige Anhänger zählte und dem gänzlichen Verfalle nahe war, erweiterten und auf den gegenwärtigen Standpunkt der Wissenschaft zu stellen versuchten. Ich sage: versuchten, denn bekanntlich hat ja diese Lehre bis heute nicht die nöthige Sichtung und Klärung erfahren und die Bedenken, welche Beer [1]) schon vor zehn Jahren äusserte, gelten gegenwärtig gewiss noch mehr: „Das Gebiet der Eingeweidesyphilis hat sich beträchtlich erweitert, ja es könnte scheinen, als habe diese Erweiterung schon gewisse Grenzen überschritten und seien Zustände herangezogen worden, die sich nur gelegentlich bei Syphilitischen gefunden, aber der Syphilis speciell nicht angehören."

Gerade so sah es aus, als nach dem Ende des vorigen Jahrhunderts die Lehre von der „verlarvten Lustseuche," welche allerdings ausser der eigentlichen Erkrankung der Eingeweide noch eine Reihe von nicht dazugehörigen Hypothesen im Gefolge führte und der heutigen breiten Grundlage der Histologie entbehrte, in Trümmer fiel.

Es liegt nicht in dem Plane dieser Abhandlung, die Anfänge einer anatomischen Kenntniss der Eingeweidesyphilis zu detailliren. Nur soviel sei als erklärende Einleitung zu dieser Lehre im achtzehnten Jahrhundert vorausgeschickt: Der grosse Umschwung, welchen das Studium der Anatomie im sechszehnten Jahrhundert bewirkte, hatte selbstverständlich auch einen Einfluss auf die Syphilislehre, denn man untersuchte ja doch auch die Leichen

[1]) Die Eingeweidesyphilis. Tübingen 1867, p. 1.



Syphilitischer und gab die Befunde bekannt. Gegen das Ende des siebenzehnten Jahrhunderts sammelte Bonnet Theoph.[1]) unter Anderem auch diese und die späteren Befunde zum grössten Theile und gab so, ehe Morgagni kam, den Aerzten des achtzehnten Jahrhunderts eine, wenn auch dürftige, pathologisch-anatomische Grundlage zur Diagnostik der syphilitischen Erkrankung der Eingeweide.

Etwas älter als die anatomischen sind die semiotischen Kenntnisse von der Visceralsyphilis. Schon Paracelsus[2]) eiferte mit der ihm eigenen Wucht gegen die von den Alten überkommenen Anschauungen, nach welchen die Leber der Sitz dieser Krankheit sei und die Modificationen derselben durch das Vorherrschen einer der vier Feuchtigkeiten bedingt wären, und traf auch da den Nagel auf den Kopf: „Nicht seindt viererley Frantzosen, sunder weith vber hunderterley, vnnd nichts dester minder in einem jeglichen besonder ein grosse vetterschafft.“ Unter mehreren anderen Stellen ist jedoch die folgende die bezeichnendste: „Das gifft der Frantzosen wie es an jhm selbs ist, hat an jhm die art vnnd eigenschafft zu uerendern, alle kranckheiten, vnnd auss den selben ein andern wesen zu machen, als denn eingefallen ist, so lang die Frantzosen geregiert haben, nach dem vnnd sie vor der offenbarung in mancherley weg auch bewisen haben, das sie je vnd je dieweil sie in der brüttung gewesen seind, all kranckheiten vngeschlacht gemacht haben, je lenger je vester . . . Darumb den artzeten wol gebürt, das sie der Frantzosen anfang vnd aussgang vleissig betrachten sollen. Darinn sie befinden werden, das jhn weiter jr Fürst Auicenna, vnnd die lang Suppen Jacobi de Partibus Gentilis . . . werden wenig erschiesslich sein, vnnd werden jr die augen inn dem nit aufftbun.“

Aehnliche Stellen liessen sich von Paracelsus an bis auf Baglivi in einer ansehnlichen Reihe vorführen und man könnte so eine vollständige Geschichte der syphilitischen Erkrankungen

---

[1]) Sepulchretum s. anatomia practica ex cadaveribus morbo denatis proponens historias et observationes omnium humani corporis affectuum etc. Genevae 1679, fol. 2 vol.

[2]) Von der Frantzösischen kranckheit drey Bücher. Franckfurt am Mayn 1553, 4°, Buch 1, Cap. 1; Buch 3, Cap. 4.



der Eingeweide zusammenstellen; jedoch schien es mir in mancher Hinsicht zweckmässiger: einen Zeitraum zu wählen, in welchem diese Lehre im Wesentlichen schon begründeter und das Gemeingut aller Aerzte war.

Georg Baglivi's [1]) Meinung that nachhaltende Wirkung und hat theilweise heute noch viele und bedeutende Anhänger: „Lue venerea semel recepta in corpus, difficulter postea deletur ejus caracter. Adhibitis specificis mitescit, sed non extinguitur. Imo post triginta et plures annos sub specie aliorum morborum reviviscit et medicos decipit, causam morbi ordinariam putantes, cum revera tamen ab excitato noviter venereo fermento dependeat.“

Hermann Boerhaave [2]), der Grosse, lehrte bereits von der Syphilis: „Hinc crescendo vicina primo, et plerunque externa inficit similibus pustulis ulcerosis, dehinc interna, labia, gingivas, palatum, linguam, fauces, nasum, cerebrum, pulmones, hepar, lienem, uterum etc.“

Nachdem Daniel Turner [3]) erklärt hat, dass er unter den verschiedenen Arten der Schwindsucht die venerische am liebsten behandle, gibt er hiefür eine langathmige Begründung, deren mittleres Drittel hier interessirt: „Denn wenn es sich zuträget, dass die Natur dieses Gifts seine bösen Eigenschaften nicht so unmittelbar an denen Lungen ausübet (welches, wenn man ihr lückeres Wesen betrachtet, noch wunderbarer ist), auch sich nicht sonderlich auf die anderen Eingeweide setzet, wie es fast wahrgenommen wird, dass es nicht thue, indem es viele Franzosen Krankheiten gibt, die nur bis auf die Helfte gekommen, wobey dennoch die viscera gesund bleiben (wie ich bey Zerlegung solcher Cörper observiret)“ etc. (p. 269). Mehreres, aber weniger Zusammenhängendes enthalten etliche von den Krankengeschichten, welche die zweite Hälfte seines Buches ausmachen.

Jean Astruc's [4]) Werk bildet, wie in der Syphilislehre

---

[1]) Opera. Lugduni 1710. 4. p. 95.

[2]) Aphorismi de cognoscendis et curandis morbis. Edit. altera auctior. Lugd. Batav. 1715, p. 335—336.

[3]) Syphilis, o. prakt. Abhandl. v. d. Venus-Seuche. Zelle u. Leipz. 1754.

[4]) De morbis venereis libri novem. Edit. altera. Lutetiae Parisiorum. 1740. 4°, Tom. II, pp. XXXVI, 1196.



überhaupt, so auch hier einen Markstein, bei welchem die Geschichtsforschung in allen kommenden Zeiten verweilen muss. Von p. 423—429 geht Astruc die syphilitischen Erkrankungen des Gehirnes und seiner Häute, der Brust- und Bauchorgane, dann des Lymph- und Blutgefässsystems und der weiblichen Geschlechtsorgane durch und entwickelt mitunter ganz erstaunliche Anschauungen von der Natur derselben. Das Merkwürdigste ist wohl, was Astruc über die syphilitischen Erkrankungen des Gehirnes sagt: „Functiones animales, seu functiones illae, quae exercentur ope organorum in capite latentium, laedi possunt in luo venerea multiplici de causa: 1. Tumoribus praeternaturam genitis, exostosi vel carie alterutrius tabulati ossium, quae superiorem vel inferiorem cranii partem componunt; nodis gangliisve pericranii aut meningum; hydatidibus vel tuberculis plexuum choroidaeorum ..... apostemate vel tumore gummatoso in encephalo etc. 2. Haemostasia, seu sanguinis stagnatione et haerentia, sive fiat sola sanguinis spissitudine, vel a recensitis obicibus sanguinis fluxum retardantibus." Daraus nun erklärt Astruc die bei Syphilitischen vorkommenden Kopfschmerzen verschiedener Art, den Schwindel, die Krämpfe, Epilepsie, Paralyse, das Gliederzittern, Schlaflosigkeit; kurz: die Gehirnerscheinungen. In gleicher Weise stellt Astruc auch die Erkrankungen der übrigen Eingeweide dar; er sucht dieselben stets auf anatomische Ursachen (Gummata, Verhärtungen des Gewebes, Exostosen) und die durch dieselben bedingten Circulationsstörungen zurückzuführen und so zu erklären. Die Functionen der Brustorgane werden gestört: „1. A tuberculis vel gummatis, in pulmonum substantia latentibus, sive cruda sint, sive suppurata." Freilich spielt nebenher auch die Verderbniss der Säfte eine grosse Rolle, wie dies ja den Theorien jener Zeit entsprach und wie sie vielleicht einer Zeit, welche der Cellularpathologie folgen wird, wieder besser gefallen kann, als der gegenwärtigen. — Aber dennoch sehen wir bei Astruc einen gewaltigen Fortschritt: die Verwerthung der pathologischen Anatomie. Seine Vorfahren stellten sich, trotz des vorhandenen Materiales, welches sie besser hätte belehren sollen, die syphilitischen Erkrankungen der Eingeweide gewöhnlich so vor: dass alle jene äusserlichen Erscheinungen der Krankheit, hauptsächlich aber die destruirenden Exantheme und Ulcerationen auch auf den serösen Ueberzügen der Eingeweide



auftreten, oder dass in anderen Fällen die Eingeweide, Nerven und Gefässe durch angrenzende Gummata, Exostosen, Tophi und Ulcerationen in der mannigfachsten Weise krankhaft verändert werden könnten; so z. B. das Gehirn und die Lungen durch Caries und Exostosen am Schädel und an den Rippen etc. Astruc lehrte nun, was allerdings schon vor ihm bekannt war, dass auch das Gewebe der Eingeweide von der syphilitischen Neubildung, dem Gumma, durchsetzt werden könne. Allerdings schoss Astruc noch weit über's Ziel und rechnete auch die Hämorrhoiden, die Wechselfieber, den Krebs an den Brüsten und dem Uterus u. dgl. zu denjenigen Erkrankungen, welche zuweilen durch die Lustseuche bedingt werden könnten. Weiter kamen auch die Aerzte eine geraume Zeit nach Astruc nicht; denn wenn z. B.

Samuel Schaarschmidt[1]), ein Berliner Professor der Physiologie und Pathologie (geb. 1709, † 1747), sagte: „es generiren sich auch an denen innerlichen Eingeweiden im Körper skirrhöse Geschwülste, Entzündungen, Geschwühre etc. Insonderheit aber entstehen in denen Drüsen des Gekröses dergleichen Geschwülste . . . . . in der Lungen . . . . . nicht weniger an der Leber“ etc., so ist dies doch weiter nichts, als ein schlechter Auszug aus Astruc. Ich hätte denselben ebenso übergehen können, wie ich einige andere, noch weniger bedeutende Notizen bei Anderen, auch bei früheren (vor Astruc), z. B. bei Friedrich Hoffmann, übergangen habe.

Erst Johannes Baptist Morgagni[2]), Valsalva's grosser Schüler, glänzt uns wieder als ein Stern von überaus seltener Pracht entgegen und zwingt uns, in Bewunderung und mit Dankbarkeit nach ihm zu schauen. Die allgemeinen Ansichten, welche dieser unsterbliche Mann über die syphilitischen Erkrankungen der Eingeweide hatte, finden sich am Eingange des Art. 14 seines 58. Briefes, der von der Lustseuche handelt, in knapper und klarer Weise ausgedrückt. Bedauerlich, dass sich so spät und so Wenige fanden, welche den obendort angezeigten Weg wandelten! Nachdem

[1]) Theoretische und praktische Abhandlung von venerischen Krankheiten. Berlin 1750, p. 355.

[2]) De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis. Lovanii 1766—67, 2. vol. 4°.



Morgagni die Veränderungen der Aorta bei einem an Syphilis verstorbenen 40jährigen Fleischhauer, welchen er wegen Zeitmangel nicht weiter (als die Brustorgane) untersuchen konnte, beschrieben hatte, sagte er: „Etsi ob eam quae modo memorata est, causam non satis potui hanc Observationem perficere; praetermittere tamen nolui, ut conjungere cum aliis possis, initio hujus Epistolae indicatis, quibus non raro in lue Venerea laedi pulmones, laedi arteriam Magnam, et in aneurysma dilatari, ostendimus. Fortasse renes quoque in viro isto offendissemus vitiatos. Haec enim quatuor, pulmo, aorta, et renes cum suis appendicibus saepius aliquanto occurrerunt nobis labefactata in iis qui lue hac diu graviterque laboraverant, quam ex plerorumque librorum lectione facile existimes. Viscus autem illud quod doctissimi olim Viri prae caeteris laesum atque adeo luis hujus sedem esse, tradiderant, ut ex Sepulchreto vides, non assentientibus tamen aliis, quod indidem cognosces, jecur dico, mihi unquam in iisdem corporibus vitiatum apparuisse, in praesentia non memini. Nec tamen propterea inficias ivero, quae rarius, aut nunquam mihi, ea saepius aliis, et quae saepius mihi, ea rarius aliis occurrere potuisse; neque enim aliud hic volo, nisi quae mihi frequentius invenire contigerit, tibi indicare, probe conscius, hanc luem, ut sub cujuscunque morbi larva interdum delitescere, ita quodcunque viscus posse vitiare. Quae autem revera crebrius, quae minus crebro afficiat, non facile ante statuas, quam multae multorum observationes in unum conferantur.“ Obzwar Morgagni hier bemerkte, dass er die Leber bei Syphilitischen niemals erkrankt fand, so erwähnte er doch an anderen Stellen Veränderungen dieses Organes an den Leichen Syphilitischer; so: Epist. 42, Art. 39 und Epist. 44, Art. 19 und wohl auch Epist. 48, Art. 32.

Es würde zuviel Raum beanspruchen, wenn ich all' das Erwähnenswerthe ausziehen wollte, was Morgagni über die Syphilis des Gehirnes und seiner Häute, des Kehlkopfes, der Luftröhre, Lungen, des Herzens, der Leber, Milz, Nieren, Nebennieren, Gedärme, Gebärmutter etc. aufgezeichnet hat; ich will daher den wissbegierigen Leser auf das umfängliche Werk selbst (nicht etwa blos auf den 58. von der Syphilis handelnden Brief allein!) verweisen und hier nur noch Einiges von den syphilitischen Affectionen der Gehirnarterien, welche in unserer Zeit so viele Köpfe be-



schäftigen und in Heubner[1]) den gediegensten Bearbeiter gefunden haben, anmerken. Heubner, einer von den wenigen neuen Syphilographen, welche es auch mit der historischen Entwicklung ihres Gegenstandes ziemlich ernst genommen haben, hat die bezüglichen, geschichtlich überaus wichtigen und hochinteressanten Stellen dennoch übersehen, er hat den Morgagni eigentlich ganz übergangen; nur einmal nennt er seinen Namen. Wir haben schon im obigen Citate gefunden, dass Morgagni Erkrankungen der Aorta mit der Syphilis in Zusammenhang brachte; solche Stellen finden sich viele bei ihm. Er verfolgte aber auch den Verlauf der Gefässe in den Eingeweiden und zeichnete uns die krankhaften Veränderungen derselben auf; hier sprechen wir jedoch nur von den Gehirnarterien. Der eclatanteste Fall ist Epist. 27, Art. 28 erzählt: Ein 59jähriger, ansehnlicher Mann, welcher mehrmals an venerischen Behaftungen gelitten hatte, in den letzten Jahren beträchtlich abgemagert war und periodisch Gehirnsymptome darbot, starb eines Abends plötzlich und von Niemandem beobachtet. Den Befund des Gehirnes beschreibt Morgagni folgender Massen: „Cranio postridie recluso, et meningibus; nam Tenuis quoque tota trahentem undique sequebatur; nullo negotio diductis, nihil intus quod esset praeter naturam, deprehensum est praeter multum in cerebri ventriculis serum, idque subviride. Sed in Tenui meninge arteriarum trunci omnes, omnesque item earum rami, iique praesertim qui plexum Choroideum versus contendunt, multo erant crassiores aequo, et duriores; exsiccatique osseam pluribus in locis naturam ostenderunt. Quin etiam per Duram meningem idem ferme in ejus arteriis, quae crassiusculae ipsae quoque factae erant, conspectum est.“ Nicht minder interessant ist ein anderer Fall, welchen Morgagni Epist. 1, Art. 14 erzählt: Ein zuvor mit den äusserlichen Erscheinungen der Syphilis behaftetes Frauenzimmer war im Krankenhause zu Padua unter Fieber, starken Kopfschmerzen und Delirien gestorben; der Schädelbefund des Morgagni sagt unter Anderem: „Porro cerebri vasa per Tenuem meningem repentia, aequo latiora conspiciebantur, nigroque sanguine distenta, qualis et in Durae Sinibus fuit. Per medullarem autem cerebri

[1]) Die luëtische Erkrankung der Hirnarterien. Leipzig 1874, 8°, pp. VI, 238 und 4 Tafeln.



substantiam assulatim dissectam crebra passim, et evidentiora quam soleant, sanguifera vascula se ostendebant." Dass sich Morgagni diese und viele andere Veränderungen der verschiedenen Organe wirklich von der Syphilis abhängig dachte, zeigt er ausser vielen anderen Stellen ganz besonders im Art. 2 des 58. Briefes. — Und so verlasse ich nun diesen hocherhabenen und erleuchteten Geist, bei welchem ich am liebsten länger verweilt hätte, mit der ausdrücklichen Bemerkung, dass das von ihm Angeführte eine blosse Andeutung, kaum der fünfzigste Theil von dem ist, was man bei ihm über unser Thema finden kann.

Von Josef Baader[1]), dessen Schrift ich nicht auftreiben konnte, berichtet van Swieten: „In cadavere mulieris Celeberrimus Baader vidit totam exteriorem hepatis superficiem densis et sat magnis papulis seu tuberculis plenam, quae omni nota characteristica illis perfecte similia erant, quae in facie, manubus etc., hominum Lue Venerea inquinatorum alias videntur. Discissa haec tubercula intus eandem materiam continuerunt, quam in gummi Venereis, et steatomatibus, alias cernimus."

Rosen von Rosenstein[2]), königl. schwedischer Archiater, erzählt uns schlicht: „In den Schriften der Beobachter findet man, dass sie sich nicht selten unter der Larve der Kopfschmerzen, Blindheit, Taubheit, Heiserkeit, Hustens, Seitenstichs, Blutspeiens, Engbrüstigkeit, Schwindsucht, rothen Ruhr, Auszehrung, Hektik, Gelbsucht, Convulsionen, fallenden Sucht etc. verhüllet habe."

Fabre[3]), Professor in Paris, des grossen Petit kleiner Schüler, ein sehr bekannter Syphilograph des vorigen Jahrhunderts, hat alles das, was Astruc auf 6 grossen Quartseiten über die syphilitische Erkrankung der Eingeweide sagte, auf 3 kleinen Octavseiten wiedergegeben.

William Fordyce[4]) meint: „Es fällt jetzt sehr selten vor,

---

[1]) Observationes medicae incisionibus cadaverum anatomicis illustratae. Friburg Brisgow. 1763, 8°.

[2]) Anweisung zur Kenntniss und Kur der Kinderkrankheiten. Aus dem Schwedischen von J. A. Murray. Wien 1793, 8°, p. 597.

[3]) Traité des maladies vénériennes. Paris 1768, 8°, I, p. 266—269.

[4]) Genaue Untersuchung der venerischen Krankheiten. Aus dem Engl. Altenburg 1769, 8°, p. 85.



dass die Krankheit in unseren Tagen die Eingeweide mit solchen Verstopfungen verdirbt, wie sie bei ihrer ersten Erscheinung that.“

J. J. Gardane[1]) verbreitet sich zumeist über die Therapie der Syphilis und berührt nur einige Male flüchtig und unwesentlich die Erkrankung innerer Organe.

Gerhard van Swieten[2]), der Begründer der ersten weltberühmten Wiener Schule, hält, so wie sein grosser Lehrer Boerhaave, dafür, dass die Syphilis fast alle Theile des Körpers occupiren könne. Aus eigener Erfahrung erzählt er: „Saepe observantur cerebri laesiones in Lue Venerea inveterata, a levissima vertigine, ad lethalem apoplexiam usque: pessimam Epilepsiam, caecitatem, surditatem etc., vidi in Lue Venerea inveterata.“ Freilich denkt sich van Swieten noch die Erkrankungen des Gehirnes als nur von einem Gumma oder einer Exostose des Schädels ausgehend; eine Anschauung, welche, wie wir gesehen haben, zu seiner Zeit schon überholt war. Im Uebrigen stützt van Swieten den von Boerhaave ausgesprochenen Satz von der syphilitischen Erkrankung der Eingeweide durch Belege aus der Sammlung des Luisinus, aus Astruc, Morgagni u. m. A.

Bernhard Peyrilhe[3]), Professor der Chemie und Botanik zu Paris, berührt unser Thema mehrmals, am bündigsten gibt er seine Anschauungen in dem Schlusssatze seines Buches wieder: „Car, quand bien même les accidens de ce mal ne donneroient pas quelquefois la mort, à raison de l'importance de l'organe souffrant, ou de la fonction lésée, la dégénération elle-même est une maladie capable de faire périr, dans certaines circonstances, l'individu qui l'éprouve; soit qu'elle corrode les solides en même-temps qu'elle fond les liquides, ou qu'elle chasse, par une fausse dépuration, les matières délétères sur des organes internes dont les moindres dérangemens amènent des désordres graves, que suivent enfin le dépérissement, le marasme et la mort.“

---

[1]) Praktische Untersuchungen der bei Heilung der Venusseuche gebräuchlichen verschiedenen Arten. Aus dem Französischen. Sorau 1777, 8°, pp. XXVI, 356.

[2]) Commentarii in Hermanni Boerhaave Aphorismos. Hildburghausen 1773, 4°, V, p. 372–577.

[3]) Remède nouveau contre les maladies vénériennes; tiré du régne animal. IIde édit. Montpellier 1786, 8°, p. 311.

Johann Alexander Brambilla[1]), Leibarzt unseres grossen Kaisers Josef II., zeigt einen von den Auswüchsen, den die Annahme von der syphilitischen Erkrankung der Eingeweide in den Köpfen mancher Aerzte machte. Er erzählt allen Ernstes von „einem jungen schwindsüchtigen vom Adel, der geheilet wurde, und den die Aerzte nicht vor venerisch hielten, und vor unheilbar erklärten, weil sie von den gewöhnlichen Arzneien keine Besserung beobachtet hatten. Sie verordneten ihm eine Lattwerg, die er zu gewissen Zeiten bissenweise nehmen musste; in der Apotheke geschah eine Irrung, man gab einem venerischen die Lattwerg anstatt der Quecksilbersalbe, und dem schwindsüchtigen die Salbe, die er auch einnahm und davon gesund wurde. Die Aerzte erfuhren hernach, dass er die Quecksilbersalbe genommen habe und die Krankheit venerisch gewesen sei, aber sie hatten sie nicht wegen Abgang der Zufälle davor erkannt."

John Andree[2]), Professor der Anatomie in London, läugnet die syphilitische Erkrankung innerer Organe rund weg und nennt sie „einen Irrthum der älteren Aerzte."

De Horne[3]), ältester Arzt bei den königl. Truppen, Leibarzt des Herzogs von Orleans etc., machte der in unseren Tagen so arg verpönten Beobachtungsgabe unserer Vorfahren gleichfalls alle Ehre. Ich kann auch aus seinem Buche nur das Merkwürdigste ausziehen: Ein 22jähriger Mann war seit 3 Jahren vergeblich an der „venerischen Krankheit" behandelt worden. Am 1. Jänner 1777 kam er unter de Horne's Behandlung in das Spital; am 15. d. M. starb er plötzlich während der Vorbereitungscur. „Als man den Kopf öffnete, schienen die kriechenden Gefässe auf der weichen Hirnhaut sehr verstopft zu sein, und die Hirnkammern waren mit einer Feuchtigkeit angefüllet. Hierdurch konnte ein hinreichender Druck auf die Nerven entstehen, der plötzlich alle Verrichtungen aufhob." Ein anderer 31jähriger, syphilitischer Mann starb eben-

---

[1]) Chirurgisch-praktische Abhandlung von der Phlegmone und ihren Ausgängen. Aus dem Ital. von J. G. P. Wien 1775, 8°, II, p. 359—360.

[2]) Abhandlungen über den venerischen Tripper und die venerischen Krankheiten überhaupt. Aus dem Engl. Leipzig 1781, 8°, p. 201.

[3]) Abhandlung von den verschiedenen Methoden, das Quecksilber in den venerischen Krankheiten zu gebrauchen. Aus dem Franz. Leipzig 1782, 8°, p. 470—473.

falls plötzlich; „man fand die Gefässe auf der harten Hirnhaut und auf dem Gehirne sehr angelaufen, und sie waren so stark als eine Federspule, das netzförmige Aderhäutlein war erstaunlich geschwollen, und in den Kammern fand man viel ausgetretenes Blut, der Kranke war also von dem Schlage getödtet worden." Ein 28jähriger Bauduin, seit 3 Jahren syphilitisch, starb gleichfalls plötzlich. „Die Gefässe des Gehirnes waren ausgedehnt, mit stockendem Blute ausgefüllt und man fand zwischen den Gehirnhäuten und dem Gehirne ausgetretenes Blut."

Josef Jakob Plenk[1]), Professor an der Josefs-Academie zu Wien, bezeichnet seine Anschauungen durch folgenden Ausspruch: „Nullus fere morbus est, quem virus venereum simulare nequeat." Er geht die einzelnen Erkrankungen, d. i. nach unserem heutigen Wissen meistens Erscheinungen, durch, bringt aber nichts Neues.

Carl Wilhelm Nose[2]), einer der achtenswerthesten, klarsten Syphilographen des 18. Jahrhunderts stellt sich die Frage: „Warum hört man von Krankheiten der inneren Theile venerischen Ursprunges gegen die der äusseren im Grunde so wenig?" und gibt sich unter mehreren anderen auch die folgende treffende Antwort: „weil es bisher Wenigen einfiel wie eine venerische Augenentzündung, also auch eine gleichartige Entzündung der Eingeweide . . . suchen zu wollen. Denn wie man oft sieht, was man sehen will, so sieht man auch oft nicht, was man nicht sehen mag."

William Dease[3]), Wundarzt am Nikolas- und Katharinen-Hospital in Dublin, ist überzeugt, dass durch das syphilitische Gift „nur wenige Theile des Körpers verschont und wenig Verrichtungen in demselben unter gewissen Umständen ungestört bleiben;" was er denn auch durch Krankengeschichten zu erweisen sucht.

Dominik Cirillo[4]), Doctor der Arzneikunde zu Neapel, ist auch in unserem Gegenstande vollkommen zu Hause; selbstver-

[1]) Doctrina de morbis venereis. Edit. II. Viennae 1787, 8°, p. 169.

[2]) Ueber die Behandlung des venerischen Uebels. Augsburg 1780, 8°, p. 78—79.

[3]) Erfahrungsmässige Heilart der Lustseuche und der damit vergesellschafteten vener. Zufälle. Aus dem Engl. von Chr. Friedr. Michaelis. Zittau 1790, 8°, p. 98.

[4]) Praktische Bemerkungen über die vener. Krankheiten. Aus dem Ital. von J. G. Dähne. Leipzig 1790, 8°, pp. XIV, 450.



ständlich mit allen Fehlern und Theorien seiner Zeit, gerade so wie wir mit den unseren. In dem Capitel „von den Krankheiten des Unterleibes, die durch die Lustseuche entstanden sind" sagt er unter Anderem: „Ich sehe in meinem Krankenhause selten einen Wassersüchtigen sterben, ohne dass ich an seinen Schamtheilen Vernarbungen bemerke, die entweder von vereiterten Leistenbeulen oder tiefgegangenem Schanker herrühren. Aus der Geschichte chronischer Leberentzündungen ergibt sich durchaus, dass besagte Krankheiten fast grösstentheils Folgen der Venusseuche sind." Brauchbare, nur so hingestreute Beobachtungen (welche man jedoch von den angehängten Conclusionen befreien muss) findet man bei Cirillo sehr viele. Z. B. „Ich habe eine hartnäckige Fallsucht bei einem Jüngling entstehen sehen, der die Lustseuche hatte, und der an einem heftigen Kopfschmerze im Hinterhaupte litt, ohne dass er das geringste Fieber dabei hatte."

Anton Nunes Ribeiro Sanchez[1]), russischer Leibarzt, ein begeisteter Schüler Boerhaave's und van Swieten's Freund, war in der Behandlung Syphilitischer ziemlich erfahren. Er hielt das „Sensorium" für den Theil, auf den „das venerische Gift ganz vorzüglich wirke" — und erzählt: „Ich habe viele Kranke zu behandeln gehabt, bei denen sich nie die geringsten Anzeichen von Entzündung, noch irgend ein äusserlicher in die Augen fallender Umstand veroffenbaret hat, der auf Ansteckung hätte schliessen lassen. Sie klagten gewöhnlich über schlechte Verdauung und Schwäche der Eingeweide; auf einmal verloren sie aber den Verstand, fielen in fürchterliche Convulsionen oder wurden ganz verrückt und rasend. Manche wurden närrisch, und dieses Schicksal hatten vorzüglich die, so schon über 60 Jahre waren." Uebrigens nimmt Sanchez auch die Erkrankung aller übrigen Eingeweide durch Syphilis an.

Mit John Hunter[2]) beginnt der Verfall von der Lehre der Visceralsyphilis. Es ist, als ob die Segnungen, welche grosse Geister unserer Wissenschaft bringen, stets auch von einem Fluche begleitet sein müssten. „But it would appear that some parts of

[1]) Beobachtungen über die Lustseuche. Nürnberg 1788, 8°, pp. XVI, 181.

[2]) A treatise on the venereal disease. IId. edit. London 1788, 4°, p. 305 und 330.



the body are much less susceptible of the lues venerea than others; and not only so, but many parts, so far as we know, are not susceptible of it at all. For we have not yet had every part of the body affected; we have not seen the brain affected, the heart, stomach, liver, kidneys, nor other viscera; although such cases are described in authors.“ Hunter sagte freilich nur, was er nicht sah, doch galt dies Vielen so, als hätte Niemand etwas gesehen; auch einige beherzigenswerthe Worte, die Hunter an einer anderen Stelle zu Gunsten der larvirten Lustseuche sprach, wurden überhört: „There is even at this day hardly any disease the practitioner is puzzled about, but the venereal comes immediately into his mind; and if this became the cause of careful investigation, it would be productive of good, but with many the idea alone satisfies the mind.“

Johann Gottfried Essich [1]), „der Arzneygelahrtheit Doktor,“ ein Zusammenstoppler ordinärster Art, handelt von p. 201—266 von den „innerlichen venerischen Krankheiten“ und lässt kein Organ unberührt.

William Nisbet [2]), Med. Dr. und Wundarzt, meint: „When the constitutional disease has continued long, from the irritation to which the system has been for such a time subjected, an affection of some of the principal organs necessary to the support of life occurs in consequence of the general sympathy conspicuous between all parts of the system, which is increased by the state of disease; and thus hectic symptoms are induced.“ Die Lungen, die Leber und wohl auch andere Organe seien vorzüglich ergriffen.

John Howard [3]), Wundarzt zu London, erzählt in dem Capitel von den anomalen Zufällen der Lustseuche einige hiehergehörige Krankengeschichten, die aber nichts Besonderes enthalten (Caries am Zahnfortsatz des zweiten Halswirbels, Druck auf das Rückenmark, plötzlicher Tod).

---

[1]) Praktische Anleitung zur gründlichen Cur aller nur möglichen Gattungen venerischer Krankheiten. Augsburg 1787, 8°, pp. XXIV, 320.

[2]) First lines of the theory and practice in venereal diseases. Edinburgh 1787, 8°, p. 330—331.

[3]) Praktische Bemerkungen über die Lustseuche. Aus dem Engl. von Chr. Fried. Michaelis. Leipzig 1790, 8°, I, p. 101.



Josef François Carrere [1]), Professor der Arzneiwissenschaft, ist zwar einer der extremsten Vertheidiger der verlarvten Syphilis, er sah diese Krankheit fast überall; doch war er bei weitem nicht der Faselhans, wofür ihn einige Spätere hielten. Was er von den „Zeichen" der verlarvten Lustseuche (die, wie wir gesehen haben, unserer Visceralsyphilis entspricht) im Allgemeinen sagt, wird noch gegenwärtig jeder Fachmann unterschreiben müssen: „Aber diess sind keine wesentlichen Zeichen; sie können eben so gut Krankheiten, die vom venerischen Gifte ganz unabhängig sind, anzeigen, und verkündigen nur dann die Gegenwart der letzteren, wenn sie mit besonderen Umständen, die ihren Charakter bestimmen helfen, verbunden sind; oder wenn die allgemeinen Zeichen (der Syphilis) vorhergehen oder sie begleiten."

Christoph Girtanner [2]), Professor in Göttingen, läugnete anfangs die „verlarvte Lustseuche" und beging noch den unglaublichen Irrthum zu sagen: „Astruc spricht nur im vorbeigehen davon und scheint sie zu verwerfen." Später [3]) lesen wir von ihm: „Vormals habe ich behauptet, es gebe gar keine verlarvten venerischen krankheiten: allein eine traurige und seit acht jahren leider! nur zu oft wiederholte, erfahrung hat mich gelehrt, dass jene behauptung irrig gewesen sei." Was das für traurige Erfahrungen waren, hat uns Girtanner niemals gesagt.

Peter Anton Perenotti di Cigliano [4]), Regimentswundarzt und nicht unbedeutender Gelehrter, besprach die syphilitische Erkrankung der Eingeweide sehr mittelmässig; er glaubte an dieselbe.

D. G. Ziegenhagen [5]), geschworener Wundarzt, hat aus sechs Büchern ein siebentes gemacht; auch er ist für die verlarvte Syphilis.

---

[1]) Untersuchungen über die verlarvten, ausgearteten oder verwickelten venerisch-chronischen Krankheiten. Aus dem Franz. II. Aufl. Frankfurt a. M. 1799, 8°. p. 51 u. ff.

[2]) Abhandlung über die venerische Krankheit. Göttingen 1788, 8°, I, p. 300—301.

[3]) Dasselbe. III. Auflage. Göttingen 1797, 8°, I, p. 266.

[4]) Von der Lustseuche. Aus dem Italienischen mit Zusätzen von Kurt Sprengel. Leipzig 1791, 8°, pp. XVI, 384.

[5]) Gründliche Unterweisung, alle venerischen Krankheiten praktisch zu behandeln. II. Aufl. Strassburg 1791, 8°, pp. 80 und 270.

Samuel Hahnemann[1]) behauptet, dass die Lustseuche blos die äusseren Theile befalle, nur die Lunge mache hiervon eine Ausnahme, und dies sei auch keine Ausnahme, denn, so schloss dieser wunderbare Querkopf, „die Lunge hat in Rücksicht der auf uns eindringenden Luft viel Aehnlichkeit mit der äusseren Hautfläche; ihre Ausdünstung ist sogar grösser, und sie ist der Kälte häufiger blosgestellt als die Haut; was hindert uns, anzunehmen, dass, da die Lunge auch ähnlichen Krankheiten unterworfen ist, sie auch hier der Natur der Haut folgen werde . . .“ etc.

Ambrosius Bertrandi[2]), Professor der praktischen Wundarzneikunst, hielt noch am Alten: „Wenn das Gift in die Masse der Säfte dringt, so ist kein Theil am menschlichen Körper, der nicht davon ergriffen werden könnte.“ Darauf zählt er das ganze Heer der inneren Krankheiten auf.

Georg Wedekind[3]), Hofrath, Leibarzt und Professor in Mainz, nannte die Lehre von den verlarvten venerischen Krankheiten unter anderem „einen unsinnigen Wahn.“

August Friedrich Hecker[4]), Professor in Erfurt, bemühte sich redlich, den nun immer grösser werdenden Zwiespalt zu beseitigen, die streitenden Parteien zu vereinigen. Er nimmt mit ganz guten Beschränkungen die verlarvte Lues an.

Jesse Foot[5]), Wundarzt zu London, ein Gegner Hunter's, vereinigt seine Anschauungen, welche er durch mehrere Krankheitsfälle zu stützen sucht, in dem Satze: „Kurz! alle flüssigen und festen Theile werden durch die venerische constitutionelle Ansteckung verändert und nach und nach verderbt.“

Benjamin Bell[6]), Wundarzt zu Edinburgh, ein anderer, weit

---

[1]) Unterricht für Wundärzte über die venerischen Krankheiten. Leipzig 1789, 8°, p. 174.

[2]) Abhandlung von den venerischen Krankheiten. Aus dem Ital. von K. H. Spohr. Nürnberg 1790, 8°, I, p. 4.

[3]) Fragmente über die Erkenntniss venerischer Krankheiten. Hannover 1790, 8°, p. 157.

[4]) Deutliche Anweisung, die vener. Krankheiten genau zu erkennen und richtig zu behandeln. Erfurt 1791, 8°, pp. XIV, 326.

[5]) Abhandlung über die Lustseuche und die Urinverhaltungen. Aus dem Engl. von G. Chr. Reich. Leipzig 1794, 8°, II, p. 143.

[6]) Abhandlung über den bösartigen Tripper und die vener. Krankheit. Aus dem Engl. Leipzig 1794, 8°, II, p. 376.



gediegenerer Antagonist Hunter's, hält es für ausgemacht, dass das syphilitische Gift allerlei „organische Uebel verursachen" könne, und nur, um sein Werk nicht zu voluminös zu machen, sagte er: „will ich hier blos von der Lungensucht, der Engbrüstigkeit, den rheumatischen Schmerzen, der Wassersucht, den Kopfschmerzen, der fallenden Sucht und dem Wahnsinn Beispiele anführen, und zeigen, dass alle diese Krankheiten zuweilen durch das in dem Körper versteckte venerische Gift hervorgebracht werden." Seinen „Beispielen" fehlt die pathologische Anatomie.

Alois Rudolf Vetter [1]), Professor „der höheren Anatomie und Physiologie" zu Krakau, will nur „zwei Krankheiten" zugeben, welche aus der Lustseuche folgen: „die Lungensucht und die Wassersucht."

G. B. Monteggia [2]), Primarchirurg und Prosector der Anatomie zu Mailand, hält am Alten; Neues bringt er über Darmsyphilis. Von Verengerungen des Mastdarmes sagt er: „Io aveva già da qualche anno osservato piu e piu volte tal malattia ne' cadaveri; e sempre mi apparve come il mal principale l'interna cronica ulcerazione del retto, a cui si accompagna facilmente la scirrosita delle tonache esteriori, e lo stringimento." Ueber die Geschwüre des Rectums: „Altre volte la piaga non occupa tutta la faccia interna dell' intestino, ma vi serpeggia irregolarmente con tortuosi giri, trammezzo a' quali si alzano prominenti ed ingrossate le membrane intestinali non per aneo corrose." Merkwürdig ist folgender Fall: „Nel cadavere di un giovane trovai l'ulcerazione continua dal retto al colon fin sotto il fegato, e si vedevano altre ulcerazioni separate per tutta la parte destra del colon fino al cieco. Erano anche scirrose le appendici epiploiche, siccome pure le tonache intestinali. In questo soggetto vivendo esciva premendo il ventre la marcia a pien canale per l'ano."

Franz Xaver Balmis [3]), Doctor, erzählte 52 Fälle von Syphilis, welche er in zwei Madrider Hospitälern durch die amerika-

[1]) Neue Curart aller vener. Krankheiten. Wien 1793, 8°, p. 371.

[2]) Annotazioni pratiche sopra i mali venerei. Milano 1794, 8°, p. 182—187.

[3]) Ueber die amerikanischen Pflanzen Agave und Begonia als zwei neuentdeckte specifische Mittel gegen die Lustseuche u. s. w. Aus dem Span. v. Friedr. Ludw. Kreysig. Leipzig 1797, 8°, pp. VIII, 156 u. 2 Taf.



nischen Pflanzen Agave und Begonia geheilt hatte; darunter waren: 1 Fall von „Lähmung der Schenkel," 1 Fall von „Lähmung" der linken oberen und unteren Extremitäten, 2 Fälle von vollständiger Lähmung, 1 Paraplegie, 1 Steifheit des Halses, 1 „vollkommene Lähmung der unteren Gliedmassen mit Schmerzen und anhaltender Unempfindlichkeit in denselben."

Carl Friedrich Clossius [1]), Professor in Tübingen, lässt, so wie Hahnemann, nur eine Erkrankung der Lungen in Folge von Syphilis zu. Ebenso:

Johann Friedrich Fritze [2]) und sein Sohn Friedrich Wilhelm Fritze [3]), beide Professoren der Arzneikunde in Berlin.

J. D. Metzger [4]), Leibarzt und Professor zu Königsberg, nimmt die verlarvte Lues in vollem Umfange an; Neues bringt er nicht.

Andreas Vacca Berlinghieri [5]), Professor der Medicin in Pisa, sagte: „weder in meiner Praxis, noch in den Schriften der Aerzte sind mir Fälle vorgekommen, welche im Stande wären, mich von der Existenz verlarvter syphilitischer Krankheiten zu überzeugen."

Franz X. Swediaur [6]) (recte Schwediauer), prakticirenden Arzt in London, dann in Paris, nenne ich erst jetzt, weil seine gereifteren Anschauungen in den späteren französischen Auflagen enthalten sind. Schwediauer (in Wien 1772 promovirt) war mehr ein gelehrter als praktischer Arzt; sein Werk, das ausser dem Astruc'schen die meisten Auflagen und Uebersetzungen erlebte (freilich schrieb er es selbst in drei Sprachen), nannte sogar Sprengel noch „nach jeder Richtung classisch." Schwediauer

---

[1]) Ueber die Lustseuche. Tübingen 1797, 8°, pp. XVIII, 430.

[2]) Handbuch über die venerischen Krankheiten. Berlin 1790, 8°, pp. XVI, 264.

[3]) Dasselbe. Neu umgearbeitet von Friedr. Wilh. Fritze. Berlin 1797, 8°, pp. X, 347.

[4]) Kurzer Inbegriff der Lehre von der Lustseuche. Königsberg 1800, 8°, pp. XVI, 128.

[5]) Handbuch der venerischen Krankheiten. Aus dem Ital. von J. C. F. Leune. Leipzig 1801, 8°, p. 248—249.

[6]) Traité complet sur les symptomes, les effets, la nature et le traitement des maladies syphilitiques. IVe éd. Paris 1801, 8°, II, p. 168.

hat sich jedoch mit Manchem in eine ältere Zeit zurückspeculirt; Etwas, das den Gelehrten allerdings öfter passirt. Die „Tabes syphilitica“ entstehe „1°) d'un ulcère syphilitique des poumons ou de quelqu'autre viscère du corps; 2°) des dartres syphilitiques mal traitées et répercutées des organes de la génération ou de quelqu'autre partie du corps.“ Das Uebrige wäre des Aufzeichnens nicht werth; auch für Schwediauer hat Morgagni umsonst gelebt.

So weit die Skizze. Der sich für Geschichte interessirende Fachmann wird, falls er dies nicht schon gethan hätte, an die verzeichneten Quellen gehen; er wird daselbst noch Andeutungen zum weiteren Verfolge dieser Lehre finden und sich so ein vollständiges Bild derselben verschaffen können. Er wird, wenn er die Literatur von da an, wo ich abbrach, bis zur Mitte unseres Jahrhunderts verfolgt, auch hier das heutige Schlagwort „Visceralsyphilis“ niemals, wohl aber die Sache, wenn auch spärlicher und in die Theorien jener Zeit gehüllt, gewahren. Er wird auch zu wiederholten Malen einsehen, wie unrecht wir an unseren Vorfahren thun, wenn wir (wie dies leider in der Syphilidographie Mode geworden ist) über dieselben blos geringschätzig — ohne sie zu untersuchen — absprechen und Alles nur der sich selbst überhebenden neuesten Zeit zuschreiben.



Ueber die therapeutische Verwendung von jodhältiger Ammenmilch.

Von

Dr. Leopold Lažansky,

Assistent der Klinik.

(Mittheilungen aus der Klinik des Prof. Pick in Prag.)

Der therapeutischen Verwendung von medicamentöser Milch überhaupt, namentlich aber der Jodmilch bei mit Syphilis behafteten Säuglingen scheint in letzterer Zeit nicht die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt zu werden, obwohl diese Methode in vielen Fällen von grossem Vortheile, in anderen sogar unerlässlich und die alleinige ist, mit der man oft da noch therapeutische Erfolge erzielt, wo bereits die verschiedensten indicirten Mittel resultatlos geblieben. Ich befinde mich in der Lage, über ein diesbezügliches auf Anregung des Herrn Prof Pick an dessen Klinik durchgeführtes Experiment eine vorläufige Mittheilung zu machen, und die Erfahrungen, sowie die dazu benutzten Fälle eingehender zu besprechen.

Die günstige therapeutische Wirkung der Jodpräparate erklärt man bekanntlich aus der Einwirkung des Jod auf die beschleunigte Resorption der in das Parenchym der Organe ergossenen Exsudate, und auf die gesteigerte Thätigkeit der Secretions- und Excretionsorgane, insbesondere der Nieren. Diese Wirkungen beruhen in den raschen Uebergange des Jod in das Blut, und lassen sich nach Kammerer [1]) durch Erhöhung der Verbrennung im Blute erklären. Was nun die zu diesen Zwecke benutzten Anwendungs-

---

[1]) Virch. Archiv 59. Bd. 3. u. 4. Heft.



methoden der Jodmittel bei allgemeiner Syphilis betrifft, so werden sie entweder äusserlich gebraucht, und zwar meist zu Bädern, sei es, dass dem Bade ein Jodsalz zugesetzt wird, oder dass natürliche Jodwässer zu Bädern benützt werden, oder sie werden innerlich angewendet, indem das reine Jod in alkoholischer Lösung oder die Jodsalze: Jodkalium, Jodnatrium, Jodammonium in Anwendung kommen.

Da nun die Aerzte stets bemüht sind, eingreifende Medicamente dem Organismus in solcher Weise und Form beizubringen, in der die günstige Wirkung derselben in hohem, die unvermeidliche ungünstige Nebenwirkung aber im geringsten Masse hervortritt, so wurden auch beim Jod nicht nur verschiedene chemische Verbindungen desselben, sondern auch verschiedene Vehikel für die Jodpräparate versucht, um das Medicament für den Organismus leicht assimilirbar und wirksam, aber auch wo möglich wenig belästigend zu machen.

Die Methode, Säuglingen, bei denen die Indication gegeben ist, Jodmittel anzuwenden, dieselben humanisirt durch die Ammen- oder Muttermilch beizubringen, scheint mir obigen Zweck in idealer Weise zu erreichen.

Es ist zwar diese Einverleibungsmethode von Medicamenten nicht neu, und wurden analoge Versuche mit Quecksilberpräparaten in den letzten Jahren wiederholt, auch mehreremal an der hiesigen Klinik[1]), gemacht, um Mutter und Kind gleichzeitig von der Lues zu befreien. Der therapeutische Erfolg war wohl immer befriedigend, aber die chemische Untersuchung der Milch von Müttern, die Quecksilberpräparate in grossen Mengen gebrauchten, ergab nicht immer das deutliche Vorhandensein des Mercurs in derselben, und der Uebergang des Quecksilbers in den Organismus des Säuglings ist noch gar nicht bewiesen. Was das Jod betrifft, so ist dessen Uebergang in sämmtliche Se- und Excrete des Organismus constatirt; doch ist meines Wissens der Beweis auch noch nicht erbracht, dass das durch die Muttermilch dem Säuglinge beigebrachte Jod dessen Organismus durchwandert und in kurzer Zeit nach dem Genusse der jodhaltigen Muttermilch auch in dessen Harn deutlich nachweisbar ist.

---

[1]) Kahler, Prager Vierteljahrsch. f. prakt. Heilkunde 1875, 3. Bd. Hamburger, Prager med. Wochensch. 1877, Nr. 4 u. 5.



In dem auf der Klinik beobachteten Falle wurde nun das Jod nach Verabreichung von Jodkali an die syphilitische Mutter, sowohl in deren Milch und Harn, als auch bald darauf in dem Harn des ebenfalls syphilitischen Säuglings deutlich nachgewiesen. Dem entsprach auch der günstige therapeutische Erfolg.

Die wenigen vorhandenen Berichte über diesen Gegenstand differiren sehr bezüglich der Ansicht über die Zweckmässigkeit dieser Behandlungsmethode. Die diesbezüglichen Erfahrungen waren aber nach den spärlich vorhandenen Publicationen über diesen Gegenstand zu schliessen nicht genügend, um ein definitives Urtheil abgeben zu können, wie sich aus der zur leichteren Orientirung hier in Kürze folgenden Literatur ergibt.

Schlossberger[1]) fand an der Milch einer mit Jodkalium behandelten Säugenden, deren Kind au Struma litt, das Jod deutlich nachweisbar.

Labourdett und Dusmenil[2]) beobachteten den Uebergang des Jod in die Milch einiger Säugethiere. Sie fanden es schon 3 Stunden nach der Verabreichung in der Milch. Die Milchsecretion war in den ersten Tagen vermehrt, später aber vermindert. 1 Liter Milch enthielt bis 0·257 Gramm Jod, und war dasselbe durch den Geschmack nicht zu verspüren. Ihrer Ansicht nach soll weder die normale noch die mit einer Lösung von Jod oder Jodkali gemischte Milch dieselben chemischen und physiologischen Eigenschaften haben, wie die durch die Verdauung mit Jod imprägnirte. Bei der therapeutischen Verwendung solcher Milch ergaben sich rasche Erfolge bei durch Lungenkrankheiten geschwächten Kindern und Frauen und eine entschiedene Besserung der Constitution bei Scrophulösen und Phthisikern. Die beiden Forscher betrachteten die physiologische Wirkung solcher Milch nur analog der des guten Leberthrans. Doch erklärte Labourdette[3]) die Methode, den Ammen und säugenden Müttern Jodkali zu reichen, wenn bei den Säuglingen eine Anzeige zur Anwendung von Jod gegeben ist, für verwerflich, weil nach seinen Beobachtungen die Milchsecretion immer geringer und zur Ernährung der Säuglinge unzureichend

[1]) Württemberg. Corr. Bl. 20, 1851.

[2]) Gaz. des Hôp. 18, 1856.

[3]) Gaz. hebdom. 15, 1856.



wurde, und weil bei längerem Gebrauche sich Abmagerung bei den Müttern eingestellt haben soll.

Ganz im Gegentheil behauptet G. Lewald [1]), dass Ziegen nach Fütterung mit Jodkali eine grössere Menge Milch secernirten. Er bemerkte aber den Uebergang des Jod in die Milch erst nach Verabreichung einer grösseren Menge der Jodpräparate.

Auch Piogey [2]) fand, dass man Kühen selbst grosse Dosen von Jodkalium reichen kann, ohne dass welche schlimmen Zufälle eintraten, und ohne dass sich die Secretion der Milch selbst bei jahrelanger Darreichung ändert, nur müsse man mit sehr kleinen Dosen beginnen, nur allmälig mit der Dosis steigen und stets für genügende Ernährung sorgen. Er will bei beginnender Tuberculose durch solche Jodmilch constant Besserung erzielt haben. Die Milch wirkte seiner Ansicht nach, trotz des geringen Gehaltes an Jod, ähnlich günstig wie die eisenhältigen Mineralwässer bei vielen Chloranämischen, deren Zustand auch durch grosse und in wechselnder Weise gegebene Eisenpräparate nicht gebessert wird. Die Jodmilch soll nach P. auch leicht verdaulich sein. Später wurden zum Zwecke der Gewinnung der Jodmilch die Melkthiere in Jodwässer enthaltenden Bädern so gefüttert, dass selbst die betreffende Quantität Futter mit dem Jodwasser genetzt wurde; die Thiere wurden ferner mit dem Jodwasser getränkt oder sie bekamen noch jodiges Quellensalz oder jodige Salzlauge in das Getränk. Ferner wurde die Jodmilch auch künstlich erzeugt. Boyer [3]) versetzte nämlich die Milch der Thiere mit verschiedenen Medicamenten, und so auch mit Jod. Es sollen, wenn die Milch die gehörige Menge an Serumsalzen und Caseïn hat, die im Serum enthaltenen Salze mit den hinzugefügten Medicamenten neue ganz eigenthümliche Verbindungen eingehen. Solche medicamentöse Milch wurde dann zur Bereitung eines Pulvers, Syrups und einer Chokolade verwendet. Die Präparate sollen aber ihre besondere Wirkung nicht dem der Milch beigemischten medicamentösen Stoffe, sondern hauptsächlich den Verbindungen verdanken, welche dieselben mit den Salzen des Serums eingehen. In ähnlicher Weise

[1]) Breslau 1857.

[2]) L'Union 46, 1861.

[3]) L'Union 1865.



bemerkt Périer[1]) in Bezug auf die Bereitung jodirter Milch, dass die Milch vermöge ihres Gehaltes an Butter das Jod nicht allein löse, sondern letzteres auch mit den vorhandenen Alkali- und Proteïnstoffen der Milch Verbindungen eingehen könne, wobei dann die Farbe und der Geschmack der Flüssigkeit verändert sei und auch Stärke von ihr nicht mehr gebläut werde.

In dem letzten Decennium wurde über die Medication mit Jodmilch in der Literatur gar nichts publicirt, obwohl die Versuche und Casuistik in dieser Hinsicht noch Manches zu wünschen übrig lassen. Erst in der jüngsten Zeit berichtet Dr. Gemmel[2]) über „eine neue Art der Jodmedication bei ganz schwachen Kindern.“ Ein seit Monaten an Rhachitis zu Bette liegendes Kind, bekam dieser wegen früher abwechselnd Jodeisensyrup, schwache Jodkalilösungen und Leberthran. Die Folge dessen war angeblich Erbrechen, Verdauungsstörungen und Fortschreiten des Leidens. Das Kind, einen Knaben von 20 Monaten, fand G. anämisch; der Unterleib war aufgetrieben, an der rechten Tibia war floride Osteomyelitis. Ausserdem war starker Bronchialkatarrh vorhanden, der Appetit war schlecht und an der Gingiva war an Stelle durchbrechender Zähne Gangrän ganzer Schleimhautstücke wahrzunehmen; der Stuhl war unregelmässig, und hochgradige Magerkeit und Schwäche war vorhanden. Auf G.'s Anrathen wurde eine gesunde Amme aufgenommen, derselben wurde Jod verabreicht und das Kind mit der jodhältigen Ammenmilch genährt. Nach 6 Wochen war das Kind angeblich bedeutend kräftiger und sämmtliche krankhaften Symptome waren im Schwinden begriffen, das Wirksame konnte hier nach G. der Jodgehalt der Milch gewesen sein, und die Ammenmilch als solche, da diese von dem Kinde nur tagüber in gezwungener Weise als Medizin gebraucht wurde.

Anschliessend will ich den an der Klinik beobachteten Fall mittheilen:

Den 20. Februar d. J. ist der Klinik das 26jährige Taglöhnersweib Anna L. mit ihren zwei Kindern, der 5jährigen Tochter aus erster Ehe und dem 5monatlichen Knaben aus zweiter Ehe zugewachsen. Die Anamnese ergab Folgendes: Die Mutter menstruirte seit

[1]) Journal de Brux. XLIV. 1867.

[2]) Berliner klin. Wochenschr. Nr. 15, 1877.

dem 16. Lebensjahre stets regelmässig, war bis dahin angeblich auch immer gesund, hatte im 17. Lebensjahre Variola überstanden und ist dann immer gesund gewesen. Im 19. Jahre hat sie geheiratet; der Mann soll stets gesund gewesen sein. Das erste Kind dieser Ehe starb angeblich an Schwäche gleich nach der Geburt, das zweite Kind ist die gegenwärtig mit der Mutter zugewachsene und mit Papulae mucosae behaftete 5jährige Tochter. Im 23. Lebensjahre war sie verwitwet. Sechs Monate nachher, also vor $2^1/_2$ Jahren, übte sie öfter aussereheliche Coitus mit einem Manne aus, über dessen Gesundheitszustand ihr nichts bekannt ist. Auch von einer Infection weiss die Patientin nichts, doch könnte eine solche nur von diesem Manne und seit jener Zeit hergerührt haben, da mit einem anderen keine Cohabitation stattfand. Nach einem weiteren halben Jahre soll am Stamme und den Extremitäten, sowie auch an den Genitalien ein Exanthem aufgetreten sein, dessen Beschreibung und Verlauf auf ein papulöses Syphilid schliessen lässt. Nach dreiwöchentlichem Bestande dieses Exanthems trat sie in einer Landstadt in Spitalsbehandlung, machte angeblich durch vier Wochen Inunctionen mit grauer Salbe und wurde mit Höllenstein an der Mund- und Rachenschleimhaut cauterisirt. Beiläufig 5 Monate nachher, also vor 16 Monaten, hat sie zum zweiten Male geheiratet und aus dieser Ehe ist der mitaufgenommene, fünf Monate alte Knabe. Der zweite Gatte wurde an der Klinik genau examinirt und untersucht und es ergab sich, dass er vor drei Jahren, also 18 Monate vor der Verehelichung, ein Ulcus hatte, dem angeblich keine weiteren Erscheinungen folgten; er bot auch bei der Untersuchung keine auf Syphilis hindeutenden Symptome. Doch hatte er eine acute Urethritis ausserehelich acquirirt und wurde davon an der Klinik geheilt. Die Patientin fühlte sich seit jener Spitalsbehandlung ganz wohl; erst seit einigen Wochen litt sie continuirlich an Halsschmerzen und bemerkte auch schon seit dieser Zeit die gegenwärtig vorhandene Hautaffection. Bei der Untersuchung fand man die äusseren Genitalien rein, die Vaginalschleimhaut etwas prolabirt, leichte Hypersecretion derselben, der Muttermund nicht erodirt, aus dem Cervicalcanal wenig glasiges Secret. An den Innen- und Beugeseiten der oberen und unteren Extremitäten sind zahlreiche papulöse Efflorescenzen von kupferrother Farbe; dieselben sind in orbiculärer Form angeordnet, da zumeist miteinander confluirend und bilden unregelmässige, sphärische, verschieden sich schlängelnde Contouren, die ein helleres



Centrum begrenzen, in dem ähnliche isolirte oder confluirte, papulöse Efflorescenzen eingelagert sind. Ausserdem sind zahlreiche ähnliche Efflorescenzen mehr isolirt über den ganzen Körper zerstreut. Sämmtliche sind nur wenig über das Niveau erhaben, ihre Oberfläche ist nur wenig abschuppend und nirgend exulcerirt. Die sämmtlichen tastbaren Drüsen sind deutlich geschwellt, die Mund- und Rachenschleimhaut ist ganz frei, an den Knochen keine Protuberanzen und auch beim Drucke keine Schmerzhaftigkeit. Das fünf Monate alte Kind zeigte angeblich nach der Geburt keinen Hautausschlag und soll überhaupt bis zu Ende des vierten Lebensmonates vollkommen gesund gewesen sein. Im fünften Monate traten angeblich an den Fusssohlen und Handtellern runde, rothe Flecke von $^1/_2$—1 Centimeter Durchmesser auf, die sich über die Oberfläche erhoben und leicht abschuppten. Nach einigen Tagen sollen an der Lippenschleimhaut Geschwüre entstanden sein und gleichzeitig auch einzelne papulöse Efflorescenzen am Stamme, an den Extremitäten und an dem Hodensack. Diese vermehrten sich angeblich und exulcerirten theilweise. Die Untersuchung des Kindes ergab am ganzen Körper zahlreiche, dunkelrothe, runde Flecke, die ziemlich über das Niveau erhaben sind und im Durchmesser 3—5 Mm. messen; dieselben sind entweder gruppirt und dann auch meist orbiculär angeordnet, oder sie confluiren zu unregelmässig geformten Infiltraten. Die Oberfläche der Efflorescenzen ist meist schuppend, doch an den Beugeseiten der Gelenke und in den natürlichen Furchen, wo häufig zwei Hautfalten einander decken, sind sie intensiv roth, mehr erhaben, zumeist nässend und nur vereinzelt auch mit einer dünnen Kruste bedeckt. Dies ist auch mehr oder weniger der Fall in den Mundwinkeln, am Kinn, an der Unterlippe und an dem rechten äusseren Augenwinkel. An den Fussohlen und den Handtellern, sowie zwischen den Fingern und Zehen ist die Haut pergamentartig trocken und von der Oberfläche schülfert sich die Epidermis in grossen, dünnen, aber doch festhaftenden Lamellen ab. An den meist macerirten Hautstellen, so an dem Scrotum, dem Nacken, in den Afterfalten und in den Kniekehlen sind diese Infiltrate der Haut im Centrum exulcerirt und bilden speckig belegte, mehr oder weniger tiefe, mit scharfen Rändern versehene Geschwüre. Auch an der Schleimhaut der Lippen sind Plaques. Sämmtliche tastbare Drüsen sind vergrössert. Sonst ist das Kind gut genährt, überall ganz runde Formen zeigend, die Haut elastisch, der Panniculus adiposus gut entwickelt. Der Säugling



wurde blos trocken und rein gehalten, die Mutter bekam Jodkali ein Gramm pro die, die eine Hälfte Früh, die andere Abends zu nehmen. Im Harne und in der Milch der Mutter war das Jod noch am selben Tage, im Harn des Kindes erst den Tag nachher Früh nachweisbar. Der Nachweis des Jod geschah durch Zusatz von Schwefelkohlenstoff (CS_2) von einigen Tropfen salpetrigsaurem Kali (KNO_2) und etwas Schwefelsäure (H_2SO_4). Doch traf es sich, dass manchmal die Jodreaction in der Milch nicht gelingen wollte, während in dem Harne des Kindes selbst später doch Jod nachweisbar war. Versuchsweise wurde später der Mutter durch einige Tage kein Jodkali verabreicht, bis sowohl in ihrer Milch und in ihrem Harne, als auch in dem Harne des Kindes kein Jod nachweisbar war. Dann wurde der Mutter wieder $^1/_2$ Gramm Jodkali gegeben; zwei Stunden darauf war im Harne des Kindes kein Jod, eine halbe Stunde später, also nach $2^1/_2$ Stunden, war das Jod darin schon deutlich nachzuweisen. Bei dieser Behandlung gedieh das Kind vortrefflich; die Ulcerationen und die flachen Knoten, sowie die Plaques an der Schleimhaut verschwanden sichtlich und auch bei der Mutter hat sich das Exanthem ganz resorbirt. Sie klagte nie über Appetitlosigkeit, sie magerte nicht nur nicht ab, sondern wurde stärker und kräftiger. Die Mammae, welche von Anfang an gut entwickelt und milchreich waren, zeigten keine Abnahme, noch war von einer Herabsetzung der Milchsecretion etwas zu bemerken; auch die Qualität der Milch war vorzüglich, sie blieb immer consistent und fettreich.

Es wurde in unserem Falle also das Jod in der Milch und in dem Harne der Mutter, aber auch in dem Harne des Kindes deutlich nachgewiesen. Dass dessen Vorhandensein in der Milch nicht immer so deutlich war als im Harne, und der Umstand, dass eine Milch, der in minimalen Dosen Jodkali beigesetzt wurde, die Jodreaction auch prägnanter gab als die secernirte Jod-Milch, lässt mich mit Bouley[1]) vermuthen, dass die organischen Molecüle sich im letzteren Falle in einem innigeren Aggregatzustande befinden, und dass das Medicament an der chemischen Constitution der organischen Milchbestandtheile theilnimmt. Dem entsprechend könnte man auch glauben, dass die Methoden des Jodnachweises

[1]) Bull. de l'Acad. XXIV. 1859.



in solcher Milch noch unzureichend wären. Diesen Zustand könnte man also für den Anfang einer Assimilation halten, der betreffs der therapeutischen Verwendung gewiss sehr günstig wäre. Gegen die etwa erhobenen Einwendungen, dass der geringere Jodnachweis in der Milch sich auch so erklären lasse, dass nur ein sehr geringer Theil von Jod in die Milch übergeht, spricht aber die reichliche Jodmenge im Harne des Kindes. Doch wenn dies auch der Fall wäre, so ist damit noch nicht gesagt, dass eine solche Milch nicht vom grossem Nutzen sei, da es doch eigentlich bei der Therapie wie bei der Ernährung gar nicht so sehr auf die Menge des eingeführten als auf die Menge des aufgenommenen Medicamentes ankommt.

Da in unserem Falle bei der Mutter trotz der Verabreichung grosser Gaben von Jodkalium die Milchsecretion nicht vermindert war, so ist ferner unwahrscheinlich, dass Jodpräparate einen nachtheiligen Einfluss auf die Milchsecretion haben, oder dass man dieselbe gar nach Bedarf als Antigalactica mit Sicherheit verwenden könnte, wie Bousset [1]) und Morris [2]) behaupten. Doch stehen mir bezüglich der letzteren Ansicht keine genügenden Erfahrungen zu Gebote. Sicher ist, dass in unserem Falle sowohl die Mutter als das Kind durch diese Methode in zweckmässiger Weise behandelt wurden, indem für die vorhandene Phase der Syphilis bei der Mutter und beim Kinde das Jod mehr indicirt war als Quecksilberpräparate. Ferner ist eine solche Jodmilch fast das einzige Jodmittel, das man Säuglingen in den ersten Monaten reichen kann; es hilft über vielfache Schwierigkeiten der Syphilistherapie bei Säuglingen, in vielen Fällen auch bei grösseren Kindern hinweg. Aber auch bei anderen Krankheiten des Kindes, in denen man Jodmittel indicirt findet, würde diese Methode zu empfehlen sein. Selbst bei Erwachsenen, die Jodpräparate in anderer Form nicht ertragen, wäre diese Methode des Versuches werth, da man sich die Jodmilch von Melkthieren durch Zusatz von Jodpräparaten zum Futter leicht verschaffen kann.

[1]) Journ. de Bord. Mai 1858.

[2]) Lancet II. 7. August 1864.



Die idiopathischen Schleimhautplaques der Mundhöhle; Leucoplakia buccalis.

Von

Dr. Ernst Schwimmer,
Universitäts-Docent in Budapest.

(Hiezu Tafel III.)

Symptomatologie.

Im vorhergehenden Theile dieser Arbeit [1]) habe ich die Beschreibung der unter meiner Beobachtung gestandenen [2]) Fälle von

---

¹) Diese Vierteljahresschrift 1877 p. 511 ff.

²) Ehe ich an die Ausarbeitung des vorliegenden Themas ging, habe ich in dem „Budapester ärztlichen Verein" einen Vortrag über diesen Gegenstand gehalten, der von mehreren Fachblättern, unter Andern auch von der „Allgemeinen Wiener medizin. Zeitung 1877 Nr. 10" in Kürze reproducirt wurde. In Folge dieses Vortrages habe ich nicht nur in den letzten Monaten die quantitativ reichste Ausbeute in einem kurzen Zeitraum (die letzten 5 Fälle kamen innerhalb 4 Monate zur Beobachtung) für meinen Gegenstand gewonnen, sondern ich erhielt auch in Folge der Referate in den medizinischen Zeitschriften von 2 Kranken, die mit einem ähnlichen Leiden behaftet sind, briefliche Anfragen betreffs der Behandlung ihrer Zustände. Selbstverständlich habe ich diese letzteren Erkrankungen, die ich nicht selbst gesehen, unter die Zahl meiner Beobachtungen nicht aufnehmen können, und lasse hier nur einige Angaben aus den brieflichen Mittheilungen folgen. — Der eine Patient, ein in Mähren garnisonirender Officier, schilderte in erschöpfender Weise und in einer den Sachverhalt vollkommen zutreffenden Form sein auf der Wangenschleimhaut bestehendes Leiden; er erwähnt hiebei der vielfachen Irrthümer und Widersprüche, die sich in den Aussagen der vielfach consul-

Leucoplakie der Mundhöhlenschleimhaut [1]) gegeben. Der folgende klinische Theil soll nun die einzelnen Symptome in jener Reihenfolge erörtern, wie sich selbe in Bezug auf Entwicklung, Verlauf und Ausgang wahrnehmen lassen.

Das erste Auftreten sowie die ursprüngliche Entwicklung der Erkrankung pflegt gewöhnlich der Aufmerksamkeit des Kranken und auch des Arztes vollkommen zu entgehen, denn die auf den Schleimhäuten sich einstellende Affection geht fast stets mit so geringen subjectiven Symptomen einher, dass weder die Empfindlichkeit der afficirten Localität verändert, noch die Beweglichkeit der Zunge irgendwie beeinträchtigt wird. Die Kranken nehmen oft ganz zufällig eine etwaige Gewebsalteration wahr, wenn sie etwa die Schleimhaut der Mundhöhle vor dem Spiegel besehen. oder werden auch häufig erst vom Arzte aufmerksam gemacht. wenn bei Gelegenheit anderweitiger Untersuchung der Mundhöhle. etwaige rothe oder weisse Fleckbildungen auf deren Schleimhaut bemerkt werden. Derartige Fleckbildungen pflegen nun oft nicht weiter berücksichtiget zu werden, u. zw. wenn sie ohne irgend welche örtliche Störungen bestehen, oft jedoch werden sie missdeutet (und dies ist der bei weitem häufigere Fall) und für

---

tirten und zum Theil anerkannten Aerzte kundgaben. Bloss ein einziger Arzt in Wien stellte die Diagnose auf Psoriasis oris; zumeist wurde das Uebel für Syphilis, von der jedoch Patient bestimmt behauptet, nie befallen gewesen zu sein, gehalten, und in einem mehrjährigen Zeitraume fruchtlos als solche behandelt. — Der zweite Patient ist ein in Steiermark lebender Privatier, der meine Auseinandersetzungen zum grössten Theil auf seinen oft unbequemen Zustand „zutreffend findet". Das Leiden desselben dauert schon 6—7 Jahre und ist mit Schmerzen beim Essen und Rauchen verbunden. Während in dem ersten Falle die Erkrankung in grösserer Ausbreitung auf der Wangenschleimhaut (beiderseits) besteht, ist in dem letzten bloss die Zunge ergriffen.

[1]) Der einzige von mir beobachtete Fall von Leucoplakie der weiblichen Genitalschleimhaut kann wohl keinen Anlass bieten, die Symptomatologie dieser Affection an genannter Localität eingehend zu erörtern, da überhaupt die idiopathische Schleimhauterkrankung daselbst ungemein selten zur Beobachtung gelangen dürfte. Wiewohl ich noch auf diesen Umstand zurückkommen werde, betone ich, dass die nachfolgende Schilderung im Grossen und Ganzen sich nur auf die Plaquebildung der Mundhöhlenschleimhaut bezieht.



den Ausdruck einer constitutionellen Erkrankung angesehen, welche Annahme dann zu weiteren Missverständnissen Veranlassung gibt. Ich habe in einzelnen vollkommen entwickelten Krankheitsfällen (5. und 13. Fall), bei denen die Plaques in grosser Ausdehnung sich vorfanden, besonders hervorgehoben, dass nebst den weissen Epithelbildungen hie und da umschriebene, hyperämische Flecke bestanden, und ich konnte auch im Verlaufe der Erkrankung bei einzelnen Fällen die Wahrnehmung machen, dass diese zumeist dunkelrothe Flecke allmälig zu einer weissen Verfärbung sich umwandelten. Diese rothen, dem exsudativen Erythem der allgemeinen Decke analogen Veränderungen bilden zumeist das erste Stadium der Erkrankung, welches man füglich als Stadium erythematosum bezeichnen könnte. Das Epithel ist an diesen Stellen verschiedenartig verändert, mitunter durch eine gleichmässige Hyperämie ausgezeichnet und dann erscheinen die Flecke glatt, oft ist jedoch eine ungleichmässige Schwellung in den erkrankten Zungenpapillen vorhanden, und die Flecke bilden eine unebene Fläche, aus denen die kolbigen Papillen gleich kleinen hervorragenden Punkten aus ihrer Unterlage sich erheben. Diese umschriebenen rothen Flecke sind zumeist ganz schmerzlos und veranlassen, so lange das Epithel intact ist, keinerlei Beschwerden bei den verschiedenen Thätigkeiten der Organe der Mundhöhle; mitunter findet man auch solche erythematöse Veränderungen an der Zungenoberfläche, die keine Neigung zu weiteren Umwandlungen zeigen und viele Jahre hindurch sich ganz unverändert erhalten. Derartige persistente Fleckbildungen kommen wohl als idiopathische Erkrankungen, seltener als syphilitische Veränderungen vor.

So kenne ich ein 15 Jahre altes Mädchen, welches vor 8 Jahren an einer mit Scharlach complicirten schweren Diphtheritis erkrankt war, die sowohl in der Mundhöhle als auch im Schlunde reichliche Auflagerungen bildete, ausserdem bestand gleichzeitig eine ziemlich bedeutende Glossitis. Nach überstandener und mit vollkommener Restitution abgelaufener Erkrankung blieben an der Zunge mehrere isolirte je bohnengrosse Plaques zurück, die an dem vordern Drittheile der Zungenoberfläche sich localisirten. Die Plaques, die heute noch in demselben Zustande sich zeigen als nach abgelaufener Glossitis, sind von tiefdunkelrother Färbung

und von der umgebenden normalen Schleimhautfläche scharf abgegrenzt. Die Papillen erscheinen innerhalb der Plaques als dunkelrothe stecknadelkopfgrosse Punkte, und fährt man über diese Stellen mit dem untersuchenden Finger, so fühlt man das Epithel etwas mehr verdickt als an den anderen Partien der Zunge. Die Patientin empfindet an diesen plattgedrückten, himbeerähnlichen Stellen durchaus keinen Schmerz, noch verursachen selbe irgend welche anderweitige Störung. Man muss diese pathologische Umwandlung, welche seit Jahren anstandslos besteht, wohl als eine aus Hyperämie entstandene, zu einer bleibenden Gewebsumwandlung veränderte papillare Erkrankung betrachten, bei welcher das bedeckende Epithel keine Störungen erlitt. In ähnlicher Form kann man sich, wie dies auch aus dem histologischen Verhalten der die entwickelten Plaques umgebenden, etwas veränderten Schleimhautschichten nachzuweisen ist, das erste Stadium der Leucoplakie erklären: Blutüberfüllung in den tieferen Epithelschichten mit consecutiver durch Exsudation veranlasster Gewebsverdichtung einzelner Papillenbezirke.

Es scheint ganz zweifellos, dass in allen Fällen, wo wir die weissen Plaques wahrnehmen, diese rothen Flecke an der Schleimhaut der Mundhöhle bestanden haben, selbst dort, wo wir keine Spur derselben mehr vorfinden, dafür spricht sowohl die anatomische Veränderung (siehe später), die einen derartigen Process zu erklären vermag, als auch die Beobachtung der Umwandlung der erythematösen zu den weisslichen Verfärbungen.

Ueber die Dauer dieses erythematösen Stadiums fehlen uns verlässliche Angaben, da man selten Gelegenheit findet, den Verlauf desselben nach dieser Richtung hin genau zu verfolgen; es scheint mir jedoch nicht wahrscheinlich, dass die Dauer desselben sich auf mehr als einige Monate erstreckt, innerhalb welcher Zeit die rothen Flecke durch den in der Tiefe der Mucosa stattfindenden Infiltrationsprocess sich allmälig verlieren.

Wir erinnern hier nur kurz, dass die Flecke, die man bei syphilitischen Erkrankungen beobachtet, in einer etwas abweichenden Art sich zu entwickeln scheinen [1]), da die Beobachtung mitunter einen differenten Entwicklungsvorgang erkennen lässt.

[1]) Zum Verständniss des genetischen Vorganges beider Krankheitsfor-



Bei der Syphilis kommt es gleichfalls in umschriebenen Bezirken zu Hyperämie und Schwellung des Papillarstratums; doch scheint das Epithel seine Festigkeit alsbald einzubüssen, und das von reichlichem Plasma durchtränkte Gewebe wirkt alsbald auf die Ernährung der Deckschichten schädlich ein. Die einzelnen Strata werden von ihrem Mutterboden abgehoben, und wo wir vor kurzem eine sichtbare Hyperämie vor uns hatten, dort zeigen sich trübgewordene Epithellagen in Form weisslicher opaker Flecken. Bei der Leucoplakie ist die Congestionirung eine viel weniger intensive und demgemäss auch die Ausscheidung des Plasma mässiger; die obersten Epithelschichten werden demnach von den unteren Schichten her nicht so rasch abgehoben, die Röthe der einzelnen Flecken ist eine länger anhaltende, und erst (wie die Erfahrung lehrt) nach geraumer Zeit tritt die dem Processe so eigenthümliche Verfärbung ein, die mit der syphilitischen so grosse Aehnlichkeit darbietet.

Der weitere Verlauf lässt die Unterschiede zwischen beiden Processen noch deutlicher in's Auge fallen, wie wir dies weiter unten bei der Differentialdiagnose noch ausführlicher abhandeln werden. Nur der richtigeren Darstellung wegen heben wir noch hervor, dass bei den syphilitischen Plaques das getrübte und weissliche Epithel mit der Zeit theils durch mechanische Einwirkung abgelöst wird, oder in Folge der Behandlung zur Rückbildung gelangt; wir sehen dann statt der weisslichen oder opaken, intensiv roth gefärbte des Epithels entblösste Stellen (Erosionen); während im 1. Stadium der Leucoplakie eine derartige Involution nicht zu erfolgen pflegt. Die früher rothen und durch die zarten und durchscheinenden Epithellagen markirten Flecke verlieren diese ihre Eigenthümlichkeit, aus denselben bilden sich immer stärkere und einander bedeckende Schichten heraus, die sich immer consistenter gestalten, bis wir eine erst bläuliche und allmälig intensiv oder graulich weisse Verfärbung vor uns haben, die sich aus der umgebenden Schleimhaut in Form insulärer Plaques hervorhebt, oder als confluirende Auf- und Einlagerung die Schleimhaut verändert. Diese Umwandlung kann man als

men müssen wir hier einzelne Momente anführen, die in dem Abschnitte über die Diagnose der L. nicht so zweckmässig unterzubringen sind.



das 2. oder das augenfällige Stadium der Leucoplakie betrachten, welches dem Leiden das eigenthümliche Gepräge einer Erkrankung gibt, über deren Wesenheit die Auffassungen erfahrener Specialärzte noch so wesentlich differiren.

Die weissen Plaques kommen auf der Schleimhaut der Zunge, der Innenfläche der Wangen und der Lippen vor, und bieten vermöge des Sitzes, an welchem sie beobachtet werden, eigenartige Veränderungen dar, welche in Betreff ihrer Symptomatologie eine gesonderte Darstellung erheischen.

1. Zungenplaques.

Die bald als Verfärbungen bald wieder als Auflagerungen sichtbaren Epithelerkrankungen erscheinen im Beginne als umschriebene oder scharf begrenzte ovale oder rundliche Flecke. Die gewöhnliche auffällige Form der isolären Flecke pflegt von Hanfkorn- bis Linsengrösse zu variiren, die Zunahme derselben erfolgt sowohl nach dem Längs- als dem Breitendurchmesser, doch nie in gleichmässiger Extension, so dass nach einem gewissen Zeitraume des Bestandes die früher rundlichen Flecke durch die Berührung der Ränder und stellenweise Confluenz der einzelnen Plaques zu unregelmässigen Bildungen sich umwandeln. Die Oberfläche der erkrankten Schleimhaut erscheint im Beginne zumeist glatt und gleichmässig, wenn jedoch die Erkrankung einige Monate lang besteht, so findet man, wie ich dies an den isolirten Plaques, die keine grosse Tendenz zur Ausbreitung zeigen, häufig wahrgenommen habe, mit Hilfe einer mässigen Loupenvergrösserung einzelne narbenartige Einziehungen, welche nahezu die ganze Oberfläche der Plaques durchziehen und eine centrale Vertiefung mit peripheren Erhebungen deutlich erkennen lassen. Die Verdickung der opaken Epithelschichten kommt ungemein langsam zu Stande, fast immer vergehen Jahre bis aus den Flecken sich dickere Epithelmassen bilden, welche gleichsam als feste Deckschichten auf der Mucosa der Zunge in kleinerer oder grösserer Ausdehnung lagern. Wo es zu solchen Umwandlungen kommt, dort sehen wir auch diese starr erscheinenden und consistenten Bedeckungen der Zugenoberfläche am deutlichsten.

und dort kommt es zu Bildern, welche die normale Schleimhaut vollkommen umgewandelt haben.

Die ausgebreitete, scheinbar feste und panzerartig der Oberfläche anhaftende Epithelumwandlung lässt jedoch bei genauer Besichtigung mit oder ohne Zuhilfenahme der Loupe feine Streifen erkennen, welche die ganze Auflagerung durchziehen, und durch quer und längslaufende Linien in einzelne polygonale Felder abtheilen, welches Bild gewiss mit zur Veranlassung diente, eine Aehnlichkeit mit der aus ungleichmässigen Schuppenlagen sich zusammensetzenden Hauterkrankung, der Ichthyosis, zu statuiren und demnach eine derartig erkrankte Zunge als Ichthyosis linguae zu bezeichnen.

Wo die einzelnen Plaques erst eine kürzere Zeit hindurch bestanden haben, dort findet man regelmässig deren Ränder noch von den erythematösen Grenzen umgeben und ich erinnere mich kaum solcher Stellen, wo diese Begrenzung gefehlt hätte; mit der Zunahme der Plaquebildung verlieren sich die früheren Grenzen, um sich der Ausdehnung der Erkrankung entsprechend immer mehr an weiter stehenden Flächen zu entwickeln und auch bei den grossen und breiten Plaques bilden die rothgesäumten Grenzlinien den Uebergang vom gesunden zum erkrankten Gewebe. Besteht die Gewebsumwandlung jedoch schon eine geraume Zeit, ohne dass sich eine Neigung zum Weiterschreiten des Uebels zeigt, dann fehlt auch der erythematöse Saum und die oft bizarr erscheinenden und mit unregelmässigen Fortsätzen in's gesunde Gewebe sich erstreckenden Ausläufer der Erkrankung treten ohne Uebergangsrand scharf aus der Umgebung hervor. Insolange man demnach die erythematöse Begrenzung sieht, kann man auch von keinem Stillstande des Uebels sprechen, während man bei Fehlen derselben entweder gar keinen oder nur einen unnennbar geringen Fortschritt der Erkrankung zu gewärtigen hat.

Die ausgedehnten Plaques, welche zur ausgebreiteten Veränderung oder totalen Umwandlung der Zungenoberfläche geführt haben, können falls man zum ersten Male eine derartige Fläche sieht, zur Annahme verleiten, dass man es mit einer von der Unterlage leicht abhebbaren Fremdbildung zu thun habe. Doch die erwähnten Linien und Streifen klären bald auf, dass die Plaques

mit einer, das Epithel der Zunge umbildenden substantiellen Veränderung einhergehen, wie auch aus der genaueren Beurtheilung des Zustandes leicht zu entnehmen ist. Verfolgt man nämlich diese vielen Linien und Streifen genauer, so findet man, dass selbe von einer Veränderung herrühren, welche von einem das Epithel in seinen einzelnen Schichten berührenden pathologischen Vorgang abhängen. Dieselben sind dergestalt der Ausdruck einer Continuitätsstörung in den kranken Auflagerungen, welche durch die zahlreichen auf die Zunge einwirkenden physiologischen Momente unausweichlich veranlasst, auch auf das ganze Organ von Einfluss sind. Wenn nämlich die Plaques durch einige Zeit anhalten, so tritt durch die Bewegung der Zunge stellenweise eine Loslösung einzelner Zellschichten ein, und es kommt zu Einrissen und Sprüngen (Rhagaden), welche sich je nach der Dicke der Auflagerungen, in welchen sich selbe vorfinden, kleinere und grössere Einbuchtungen verursachen, die sich der Schleimhaut ihrer ganzen Dicke nach mittheilen. Diese Risse bilden hiedurch ein weiteres, die ganze Erkrankung beeinflussendes Moment in den Plaquesformationen, indem selbe nicht nur vielfache Schmerzen erzeugen, sondern auch zum Ausgangspunkte weiterer Umwandlungen dienen, die im Verlaufe der Leucoplakie zu Tage treten und die sich als Erosionen und Geschwüre innerhalb der Epithelbildungen vorfinden. Man sieht letztere durch die starken Reize verursacht, denen die einer schützenden Decke beraubten Stellen ausgesetzt sind, zumeist dort, wo das Epithel am stärksten eingerissen erscheint, doch sind selbe ursprünglich so gering, dass sie kaum beachtet werden. Die Geschwürchen sitzen gewöhnlich in der Tiefe der Spalten der Mucosa und während die Seitenwände eines solchen Einrisses mit feinem rothen Epithel bekleidet sind, sieht man an der Basis desselben deren mit eitrigem Belag bedeckten oder nur mit einer dickserösen Feuchtigkeit überzogenen Grund.

Diese partiellen Gewebsstörungen entgehen, so lange sie klein sind, oft der Untersuchung, zumal wenn die Zunge nicht besonders gespannt oder gestreckt wird, man sieht nur einzelne Rhagaden und die tiefgelegenen Geschwüre sind nahezu ganz verdeckt; nur dort wo die Geschwürsbildung schon eine hochgradige geworden, dort erkennt man auch leicht den Sitz derselben inmitten der breiteren

Spalte, die in den oberflächlichen Epithellagen deutlich in's Auge tritt.

Charakteristisch für diese bei der Leucoplakie vorfindlichen Geschwürchen ist der Umstand, dass selbe zumeist seichter sind, als man bei analogen durch Syphilis veranlassten Gewebsstörungen finden kann, bei welchen die Erkrankung oft in die Tiefe des Gewebes greift und ausgebreitete Substanzverluste nach sich zieht, die bis in's Binde- und Muskelgewebe sich erstrecken können.

Was die Färbung der idiopathischen Zungenplaques anlangt, so kann man betreff der Farbennuancen welche das Uebel in seinem Verlaufe nachweist, gewisse Gradunterschiede beobachten. Im Beginne der Erkrankung erscheinen die Plaques bläulich weiss, opalisirend, gleichsam als ob die in der Papillarschicht vorhandene Congestionsröthe von einer weissen durchsichtigen Lage bedeckt wäre; eine gleiche Färbung bieten die syphilitischen Plaques, welche jedoch fast constant dieses Colorit ohne Uebergang zu weitern Verfärbungen beibehalten. Wenn nun die idiopatische Erkrankung andauert, so wird mit der Zunahme der Epithelveränderung auch die weissliche Verfärbung auffälliger, die sich von der bläulich-weissen zur mattweissen und schliesslich silberweissen Tingirung umbildet, unter welcher selbstverständlich die frühere geringe Transparenz ganz verloren geht. Man findet diese letztere auffällige Farbennüance nicht immer genug scharf ausgeprägt, weil oft der der Oberfläche anhaftende Mundbelag, oder auch andere das Epithel bedeckende Substanzen die silberweisse Farbe verdecken, und statt selber eine mattgraue oder gelblichweisse Fläche darbieten. Will man sich nun ein reines Bild der von Leucoplakie befallenen Stellen schaffen, so muss man die Zungenoberfläche von den, selbe bedeckenden zufälligen Auflagerungen säubern, was durch den Gebrauch lösender Mundwässer, nachträglicher Reinigung und Abtrocknung gelingt, worauf die ursprüngliche Verfärbung hergestellt werden kann.

Ich habe in mehreren solchen Fällen den nicht immer leicht abzuschabenden Belag unter dem Mikroskop untersucht und sehr häufig Leptothrixzellen in grosser Menge vorgefunden, welche innerhalb der Epithelzellen sich eingenistet hatten. Je dicker die krankhaften Epithellagen sind, desto mehr wird die weisse Färbung der



Plaques, wenn auch nur vorübergehend, umgewandelt, während bei mässiger Erkrankung der Zungenoberfläche die eigentliche Färbung der idiopathischen Plaquebildung deutlich zu Tage tritt.

Die Papillen der Zunge sind im Beginne stets geschwellt und erscheinen, so lange das Stadium erythematosum anhält, als vergrösserte und auffälligere Punkte, oder selbst stecknadelkopfgrosse Knötchen. Mit Umwandlung des Erythems werden jedoch die Papillen gleichfalls verändert und der das ganze Papillarstratum treffende pathologische Vorgang theilt sich auch den sichtbaren Endtheilen mit, indem selbe, durch die zunehmende Verdickung der Epithellagen überwuchert, in dem Erkrankungsprocess vollständig untergehen, so dass bei genauer Untersuchung der einzelnen Plaques die Papillen nicht mehr zu finden sind. Um sich von dem Schwunde derselben zu überzeugen, genügt eine genaue Ocular- oder noch besser Loupenuntersuchung und ein Vergleich der gesunden mit den kranken Stellen. Während man an ersteren die Papillen in normaler Form und Lagerung findet, erscheint die Oberfläche der letzteren ganz glatt und gleichmässig, und in länger bestehenden Fällen lässt sich die früher erwähnte mässige, zumeist centrale Vertiefung innerhalb der einzelnen Plaques deutlich erkennen. Wo ähnliche Substanzverluste sich zeigen, dort ist auch an eine Reparation der Papillen nicht mehr zu denken.

Die untere Zungenoberfläche bietet ein, dem der oberen ganz entgegengesetztes Verhalten und bleibt während des Verlaufes der ganzen und noch so ausgebreiteten Plaquebildung fast immer gesund und intact. Die Erkrankung findet ihre Begrenzung an den Zungenrändern, d. i. an jenen Stellen der Zunge, wo sich noch Papillen vorfinden, jenseits dieser Partien u. zw. nach abwärts zeigt die Zungenschleimhaut gewöhnlich ein normales Aussehen, hie und da sieht man auch leichte Erosionen.

In Bezug auf das Gesammtverhalten der Zunge zeigt sich selbe selten in ihrem ganzen Volum auffällig verändert, mit Ausnahme jener Fälle, wo sich aus der Leucoplakie Neubildungen entwickeln (Krankheitsfall III), die in die Substanz der Zunge eingebettet sind und das Muskelgewebe in den Bereich der Erkrankung ziehen. Die Plaques selbst erscheinen bei der Untersuchung oder Berührung als härtliche, ein wenig rauhe



und consistentere Bildungen, zum Unterschiede von den normalen Stellen der Schleimhaut, die eine glatte, weiche und weniger resistente Oberfläche dem untersuchenden Finger darbieten.

2. Die Plaques der Wangenschleimhaut.

An dieser Localität kommt die Leucoplakie nur selten allein vor, gewöhnlich tritt sie in Verbindung mit der Erkrankung der Zunge auf, und zwar zumeist als die spätere Affection. Man findet aber auch häufig Fälle, in denen an kleineren undeutlich begrenzten Stellen das Epithel weisslich verfärbt ist, was jedoch keine nennenswerthe Erkrankung abgibt; solche geringfügige Veränderungen sind demnach eigentlich nicht in den Rahmen der Leucoplakie einzufügen. Wir erwähnen absichtlich dieses Umstandes, weil man bei Ausserachtlassung desselben die Epithelveränderung an der Wangenschleimhaut als ein recht häufiges Vorkommen bezeichnen müsste, was von den wahren und eigentlichen Erkrankungen dieser Art nicht behauptet werden kann.

Die Leucoplakie tritt an der Innenfläche der Wangen in Form unregelmässiger, linsen- bis bohnengrosser, weisser Flecken, breiter Streifen und Platten auf, die sich entweder als ganz abgegrenzte Veränderungen oder als einander berührende und in einander übergehende, ausgedehnte Schleimhautaffectionen darstellen. In letzterem Falle bilden sie mitunter gewisse Configurationen, die der Schleimhautfläche ein auffälliges Gepräge verleihen. In Fällen geringen Grades mit isolären Plaques sieht man die weisslichen Streifen und Platten nach der Richtung sich hinziehen, welche dem Verlaufe der Zahnreihe entspricht; bei den ausgebreiteten Formen hingegen tritt die Schleimhauterkrankung in auffälligeren Zeichnungen auf, die sich fast in allen von mir beobachteten Fällen in ziemlich analoger Form zeigten. Die ganze Verfärbung entspricht dergestalt der Form eines abgestumpften Dreieckes, dessen breitere Grundfläche über die Mundwinkel und zwar einige Linien von dessen Schleimhautrande an in nahezu senkrechter Richtung hinzieht, während die stumpfere Spitze gegen die letzten Backenzähne hin zu finden ist, die Seitenränder dieses etwas imaginären Dreieckes verlaufen in schrägen Linien an den Uebergangsstellen der Wangenschleimhaut zum Zahn-



fleische hin. Selbstverständlich sind die Grenzlinien der Erkrankung nicht scharf gezeichnet, unregelmässige Contouren der ganzen stereometrischen Figur, die auch als schwache Ausläufer der krankhaften Epithelbildung zu bezeichnen sind, finden sich an den Stellen, wo die kranke in die gesunde Schleimhaut übergeht. — Mitunter sind mehrere der Plaques in der angegebenen Weise nur lose mit einander verbunden, und damit die eigenthümliche Zeichnung nur angedeutet. Die Verfärbung innerhalb einer ausgebreiteten Schleimhautplaque ist keine gleichmässige. Die einzelnen kranken Flächen sind, wenn jüngeren Datums, sowie bei den leichteren Zungenplaques bläulichweiss, mitunter zeigen sie einen lilafarbenen Teint, bedingt durch die unterhalb liegende Gefässinjection der Schleimhaut. Man kann die Färbung derselben am besten kennzeichnen, wenn man an die Farbe erinnert, welche man an dem Rande eines dunkeln Gefässes wahrnimmt, welches eine mit Wasser versetzte Milch enthält, oder an die Schleimhautfärbung denkt, welche durch Berührung mit einem Lapisstift erzeugt wird; ältere Plaques erscheinen jedoch intensiver weiss, behalten zumeist diese Färbung, ohne durch einen zufälligen Belag dieselbe einzubüssen. Die Bewegungen des Mundes haben auf die Gleichmässigkeit der Trübung einen bestimmten Einfluss, indem bei Spannung und Relaxation der Schleimhaut Loslösungen des Epithels entstehen, die aber bei der grossen Nachgiebigkeit der Wangenpartie nie zu Einrissen führen, wie wir dies bei den Zungenplaques erwähnt haben.

Die kranken Flächen der Wangenschleimhaut heben sich nicht selten vollkommen scharf von der gesunden Nachbarpartie ab, gewöhnlich gehen selbe fast unmerklich in dieselbe über. Hochgradige Verdickungen des Epithels und nachträgliche Infiltrationen der Wange kommen auch nur ausnahmsweise zur Beobachtung und finden sich gewöhnlich dort, wo die Stellen anhaltenden Schädlichkeiten (Rauchen u. s. w.) ausgesetzt sind. Ein Gleiches in solchen Fällen, wo die Erkrankung der Wange eine Fortsetzung der Lippenveränderung darstellt und das Uebel in Continuität mit einer länger bestehenden Epithelverdichtung erscheint. Die Plaques der Mundhöhlenschleimhaut sind zumeist wenig intensiver Art, und die Oberfläche derselben demgemäss zumeist eine glatte. Der untersuchende Finger findet wohl eine



mässige Infiltration, doch nie eine auffällige Verdichtung vor, mit Ausnahme solcher Formen, wo sich aus den Wangenplaques bösartige Neubildungen entwickeln, wie dies aus den Fällen von Verneuil [1]) und Billroth [2]) ersichtlich, welche Carcinome aus solchen Plaques entstehen sahen.

3. Lippenplaques.

Die Erkrankung des Epithels bietet an den Lippen dieselben Erscheinungen dar, wie an der Schleimhaut der Zunge. Im Beginne findet man auch daselbst dunkelrothe Flecke, aus welchen sich nach einem kurzen Zeitraume die Epithelveränderungen entwickeln, die sich in steter Zunahme schliesslich zu rauhen, verdickten und mitunter ziemlich härtlichen Auflagerungen umwandeln, im Beginne von weissem, in ausgebildeten Fällen graulich- oder gelblichweissem Colorit. Die Erkrankung ist eine gleichmässig über grössere Partien ausgebreitete, man findet rothe Flecke und Erosionen neben den weissen Epithelumwandlungen und je nach der Ausdehnung der Erkrankung ist das Uebel von gewissen subjectiven Symptomen begleitet. Letztere kündigen sich nicht nur durch häufige Schmerzen, sondern durch ein anhaltendes Brennen an der Oberfläche der Lippen an, indem die Auflagerungen durch Einrisse und Sprünge in ihrer Continuität getrennt werden, stellenweise abfallen und die rothe epithelberaubte Unterlage zu Tage fördern. Auffällige Zerstörung des Epithels (Geschwür) zeigt sich bei den Lippenplaques wohl selten, doch sind die leicht entstehenden Erosionen gewöhnlich sehr hartnäckig und werden nicht nur bei den analogen Leiden der übrigen Schleimhaut durch die schädlichen Reize, welche die Nahrungszufuhr und das Sprechen verursachen, unterhalten, sondern auch durch

---

[1]) Der Fall betrifft einen 57 Jahre alten Färber, der, ein starker Raucher, mit einem Cancroide der rechten Wange zur Beobachtung kam. Bei demselben hatten sich 2 Jahre früher an den Lippen und der Innenfläche der Wange weisse Flecke gebildet. (Debove l. c. p. 51.)

[2]) Ein 61 und ein 59 Jahre alter Mann hatten Carcinome der Wange aufzuweisen, die sich aus Psoriasis entwickelt hatten. (Langenbeck's Arch. l. c. p. 349.)

den Einfluss der atmosphärischen Luft, dem die offenen Schleimhautstellen ausgesetzt sind, fortwährend verschlimmert oder wenigstens in ihrem Heiltriebe beeinträchtigt.

Die Untersuchung der Plaques zeigt in lange bestehenden Fällen starke Verdickung und ausgebreitete Infiltration zumeist an den freien Lippentheilen. Die Auflagerungen auf der Innenfläche der Lippenschleimhaut pflegen selten die Consistenz der an den äusseren Theilen sichtbaren Verdickungen zu erlangen, indem die mit der Mundfeuchtigkeit stetig bespülten Flächen die stellenweise Erweichung des Epithels wohl erklären. Dergestalt findet man einen mitunter auffälligen Unterschied zwischen der Stelle des Lippenroths und der Schleimhaut der Mundhöhle. Ich sah wenigstens in keinem derartigen Falle die Mundschleimhaut in solcher Weise hornartig verdickt, wie man es an den Lippen finden kann. Mitunter kann es auch zur Condylombildung kommen, die als Theilerscheinung der Leucoplakie gelten kann.

In einem Falle der Leucoplakia labialis, die nur den linksseitigen Theil der Oberlippe ergriffen zeigte (und welchen ich wegen der geringen Ausdehnung in die Reihe meiner Beobachtungsfälle nicht aufgenommen habe), fand ich am inneren Mundwinkel am Rande der weisslichen Begrenzung mehrere spitze Wucherungen auf ein etwa bohnengrosses Terrain beschränkt, ohne dass im ganzen Gebiete der Mundhöhle sonst noch eine ähnliche Veränderung sich gezeigt hatte. Wahrscheinlich ist die Vergrösserung der Papillen auf denselben Erkrankungsvorgang zurückzuführen, der auch die Plaquebildung veranlasst hatte, nur die Epithelverdickung zeigte eine willkürliche Begrenzung, von Syphilis war in diesem Falle keine Spur vorhanden.

Wenn auch im Allgemeinen die Erkrankung nur auf einzelne Stellen der Ober- und Unterlippe beschränkt erscheint, so kann die Veränderung doch auch zugleich auf beiden Localitäten zur Beobachtung kommen (XIV. Krankheitsfall), dann aber stets mit gleichzeitigem Ergriffensein der Wangenschleimhaut.



Wir haben im Vorhergehenden die Leucoplakie in ihren Details geschildert, wie sie an den einzelnen Partien der Mundschleimhaut auftritt, es erübrigt nun noch jener Erscheinungen zu gedenken, welche in Folge dieser Erkrankung zur Beobachtung gelangen.

Die physiologische Thätigkeit der Mundhöhlenschleimhaut macht es erklärlich, dass eine so intensive Gewebserkrankung je nach dem Stadium des Leidens zu verschiedenartigen Störungen führen kann.

Im Beginne haben die Kranken kaum über ein abnormes Gefühl sich zu beklagen und entschliessen sich eben wegen des Fehlens beunruhigender Symptome zuerst gar nicht, gegen die Affection der Schleimhaut etwas zu unternehmen. Erst nach einem längeren, oft über mehrere Jahre sich erstreckenden Zeitraume stellen sich unter Ausbreitung oder Verschlimmerung der Erkrankung die ersten Symptome subjectiver Störungen ein.

In erster Linie leidet die Gefühlsempfindung der Schleimhaut. Die Patienten klagen über Schmerzen bei Nahrungsaufnahme, welche Empfindung eine sehr quälende zu sein pflegt, und selbe oft zwingt, die Lebensweise zu verändern, indem scharf gewürzte oder saure Speisen, heisse und spirituöse Getränke (Wein, Bier, starker Thee, Kaffee etc.) nicht mehr vertragen werden. Individuen, die an Tabak oder Cigarren gewöhnt sind, sind gezwungen, seltener zu rauchen oder selbes ganz aufzulassen, um die brennenden und schmerzhaften Empfindungen, welche dadurch veranlasst werden, zu vermeiden. Namentlich treten diese Wahrnehmungen auf, sobald die opalisirenden Plaques noch keine totalen Umwandlungen zu den dichteren Epithellagen eingegangen sind, sowie dort, wo neben selben Erosionen oder selbst Geschwürchen an zerstreuten Stellen sich vorfinden. Bei ausgebreiteter Plaquebildung mit Verdickung und Verhornung der obersten Lagen befinden sich die Kranken noch relativ am wohlsten, wenn aber die Zunahme und Ausbreitung des Uebels zu den unausbleiblichen Rissen und Sprüngen ins Gewebe, sowie zu den in und zwischen selben sich bildenden Verschwärungen führt, dann leiden die Patienten am meisten und anhaltend.

Schonung von Seite des Erkrankten und vernünftige, die diätetische Lebensweise unterstützende Behandlung von Seite des



Arztes helfen jedoch auch über dieses Stadium der Erkrankung hinweg, und sobald sich an den des Epithels beraubten Stellen eine frische Decke bildet, lassen alle üblen Zufälle beim Essen, Sprechen und Rauchen nach und es tritt eine oft längere Zeit andauernde Besserung ein, welche wieder ein anscheinend normales Befinden bei früher gewohnter Lebensweise und Verhalten bekundet. Die in den Fällen III und IV sichtbaren Veränderungen haben bei den betreffenden Kranken im Verlaufe mehrerer Jahre abwechselnd ein derartiges Befinden wahrnehmen lassen; bald waren Zeiten hochgradiger und andauernder schmerzhafter Zufälle, bald wieder solche eines ganz erträglichen Wohlbefindens vorherrschend. Der eine Kranke (Krankengeschichte III) hat namentlich den angedeuteten Wechsel des Wohl- und Uebelbefindens sehr häufig durchgemacht und jetzt ist er seit etwa einem Jahre trotz seines Papilloms in einem derartigen Zustande, dass er in der Wahl der Speisen keine Rücksicht zu üben braucht, sondern blos dem Genuss der Cigarren zu entsagen gezwungen ist. Andere Kranke (Krankengeschichte IV und V) leiden trotz der starken Epithelverdichtung und der panzerartig die Schleimhaut bedeckenden Auflagerungen zeitweilig an derartigen Schmerzen, dass sie beim Essen und Trinken die grösste Vorsicht üben müssen und diese Erscheinungen hängen, wie die Untersuchung leicht lehrt, von geringfügigen und der Besichtigung nicht besonders auffälligen Epithelabschürfungen ab, die sich inmitten der Plaques befinden.

Dem Gesagten zufolge ist es wohl erklärlich, welchen Qualen Patienten unterworfen sind, welche, (wie Fall XIII) ausgebreitete Erosionen aufweisen, die einen trägen Heiltrieb zeigend schwer zur Ueberhäutung gelangen. Die durch beruhigende örtliche Mittel erzielte Besserung pflegt in solchen Fällen keine andauernde zu sein und die frischen Epithelschichten sind von solcher Zartheit, dass selbe auf die geringste Veranlassung hin sich wieder ablösen können. Die Empfindlichkeit derartiger, von jungem Epithel bedeckter Partien, wird sogar durch den Einfluss der atmosphärischen Luft gesteigert und der sub XIV erwähnte Krankheitsfall bietet einen Beleg für diese Wahrnehmung, indem Patient gezwungen war, die intensive Empfindlichkeit des verdünnten Lippenepithels durch das Tragen eines Kautschuklappens zu beschwichtigen.

In Verbindung mit den angeführten Gefühlsstörungen steht auch die Schwierigkeit beim Kauen. Compacte Nahrungsmittel können durchaus nicht genossen werden und die Patienten sind deshalb gezwungen, sich auf den Genuss solcher Speisen zu beschränken, welche die Schleimhäute im Allgemeinen und die schmerzhaften Stellen im Besonderen nicht reizen. Sowie das Kauen ist auch das Sprechen erschwert, doch letzteres nur in Fällen hochgradiger Erkrankung, zumal dort, wo es schon zu theilweiser bösartiger Verschwärung (Carcinom) gekommen ist.

Die reichliche und anhaltende Speichelabsonderung ist ferner eines jener Symptome, welches in allen Formen ausgebreiteter Plaquebildung die Kranken sehr belästigt. Mir ist in vorgeschrittenen Krankheitsfällen dieser Umstand nicht nur stets aufgefallen, die Kranken selbst äussern dies immer, wenn darüber befragt. Die Speichelabsonderung ist während des Essens und Sprechens nicht nur reichlicher als bei Gesunden, sogar während des Schlafes ist die Secretion eine vermehrte. Abgesehen von dem gereizten Zustande der Schleimhaut in Folge der Hyperämie und der Geschwürsbildung scheint auch die mitunter erschwerte Deglutition eine bedeutendere Ansammlung des Secretes innerhalb der Mundhöhle zu verursachen. An ausgebreiteter Leucoplakie Leidende pflegen viel zu spucken, und eine nur kurze Besichtigung bei der Untersuchung der Zungen- oder Wangenschleimhaut lässt die copiöse Speichelabsonderung auffällig zu Tage treten.

Was schliesslich die Geschmacksempfindung anlangt, so hatte ich in einzelnen der von mir beobachteten Fälle kein abweichendes Verhalten constatiren können. Die Kranken geben nach dieser Richtung keinerlei Störung der Empfindung an und ich habe in einigen Fällen dieses Verhalten besonders zu prüfen gesucht. Die Versuche geschahen mit feingestossenem Zucker oder Salz und zwar immer nur bei Zungenplaques, welche vorher vollkommen gereinigt wurden. Wenn nun auf solche Stellen eine dieser Substanzen aufgestreut wurde, so hat sich die Empfindung alsbald mit dem Zerfliessen des einen oder anderen dieser hygroskopischen Versuchsobjecte eingestellt und ehe daselbst noch kleine Partikelchen recht zerflossen waren, wurde auch von den Kranken das aufgestreute Pulver erkannt. Die Erosionsstellen verhalten sich

selbstverständlich empfindlicher als die gesunden, während die verdickten Epithellagen weniger sensibel sind. Eine Abstumpfung des Geschmackes habe ich in einem Falle (Krankengeschichte III) sehr deutlich wahrgenommen, indem die dicken Epithelschichten selbst feingestossenen Pfeffer nur ungemein langsam, und wie es mir schien nur durch Ausbreitung in eine benachbarte Rhagade zur Empfindung gelangen liessen.

Lapisbestreichungen erwiesen sich bei den Versuchen in gleicher Weise wie andere Substanzen. Während offene Stellen rasch und energisch reagirten und gesunde Partien mässig empfindlich sich verhielten, blieben die stärkeren Plaques nur insolange indolent bis nicht ein Zerfliessen an einer benachbarten erodirten Stelle Schmerz hervorrief und die Wahrnehmung des metallischen Geschmackes erzeugte. In einem Falle der intensivsten Plaquebildung, den ich zu sehen Gelegenheit hatte (Krankengeschichte IV), hatte ich letztere Wahrnehmung besonders häufig constatiren können und einen oft stundenlang andauernden Effect der Lapistouchirung erfahren.

Verlauf und Ausgang.

Die in vorhergehendem Abschnitte geschilderte Erkrankungsform der Mundhöhlenschleimhaut bietet je nach ihrer Entwicklung und Ausbreitung ein verschiedenartiges Verhalten dar. Ob selbe nun als eine umschriebene oder als eine ausgebreitete Form zu Tage tritt, stets zeigt sie einen langsamen, trägen Verlauf und jeder zur Beobachtung gelangende Fall bietet einen Beleg für die exquisite Chronicität des Uebels. Die Veränderlichkeit des Leidens macht es oft sehr schwer, aus den Erscheinungen einen verlässlichen Anhaltspunkt zu gewinnen, der über die Dauer, den Verlauf und schliesslichen Ausgang zur sicheren Richtschnur dienen könnte, ein Moment, das prognostisch von nicht geringer Wichtigkeit ist.

Der für die meisten Fälle typische schleppende Verlauf ist wohl geeignet die Wesenheit des Uebels zu kennzeichnen; je kürzer die Beobachtung und je frischer das Uebel, desto weniger bestimmt kann man sich über dessen weiteren Verlauf äussern, je anhaltender die Beobachtung und je länger die Erkrankung, desto bessere



Anhaltspunkte gewinnt man für die Beurtheilung ihrer Form; da man aber nicht immer in die Lage kommt, eine anhaltend lange Zeit hindurch das Verhalten der Leucoplakie zu überwachen, so wird es auch dem Erwähnten zufolge kaum möglich sein, für jeden nicht sehr entwickelten Fall eine bestimmte Vorhersage zu stellen. Ich habe abweichend von den Annahmen einzelner Autoren, welche von diesem idiopathischen Uebel als einem in seinem schliesslichen Ausgange stets mit deletären Umwandlungen endigenden sprechen, diese Wahrnehmung nur in einzelnen Fällen machen können, während sich öfters eine bemerkenswerthe Rückbildung constatiren liess — dem entsprechend kann man die Leucoplakie in verschiedenartiger Weise verlaufen sehen, und zwar: 1. als eine gutartige, 2. als eine bösartige Erkrankung, die nach beiden Richtungen hin gewisse hervorstechende Momente darbietet.

1. Die gutartigen Plaques, Leucoplakia benigna.

Man kann diese Form in allen Fällen annehmen, wo das Uebel Jahre hindurch besteht, ohne zu weitergreifenden und zur Zerstörung des Gewebes führenden Veränderungen Anlass zu geben, noch mehr aber dort, wo die erkrankte Schleimhaut nach und nach zu normalem Verhalten zurückkehrt und man nicht bloss von einer Besserung, sondern von einer Heilung des Uebels zu sprechen berechtigt ist. Es gelingt wohl nicht immer die Rückbildung des kranken zu gesundem Gewebe gleichsam unter seinen Augen zu beobachten, da die Kranken, wenn sie nicht von nennenswerthen subjectiven Beschwerden geplagt sind, dem weiteren Verlauf der Erkrankung selten eine grössere Beachtung schenken. Die grosse Indolenz, die man betreffs dieses Uebels bei vielen Patienten findet, erklärt es zur Genüge, dass selbe kaum oder nur höchst selten (wie ich dies öfter erfahren) die Abnahme der Erkrankung verfolgen, und nur der Zufall führt mitunter zur Wahrnehmung, dass die Plaques in Resolution sich befinden. Ich habe dies am auffälligsten in 3 Fällen constatiren können (VI., X. und XI. Krankengeschichte), in welchen wohl die Plaquebildung eine sehr mässige war, und wo bei 2 Kranken ein Magenleiden (ob nur zufällig?) bestand. In diesen Fällen hatte das Uebel 2—3 Jahre hindurch in ganz deutlicher Form sich entwickelt gezeigt und war

mit allmäliger Veränderung der Epithelschichte wieder geschwunden. In den Fällen Nr. VI und XI habe ich mich erst vor Kurzem (April 1877) neuerdings von' diesem Verhalten überzeugen können, indem die Zungenschleimhaut nun seit mehreren Jahren vollkommen normal geblieben ist, während die Wangenplaques sich in dem einen Falle unverändert erhalten haben. In solchen Fällen kann man wohl die Hoffnung hegen, dass ein Wiederauftreten der Erkrankung vielleicht gar nicht oder nicht so leicht erfolgen dürfte. — Die Resolution der Plaques erfolgt in der Weise, dass die Auflagerungen, wenn schon länger vorhanden, durchaus keine Neigung zur weiteren Anbildung zeigen und demgemäss auch keine Verdickung aufweisen. Die charakteristische weisse Färbung bleibt dann nicht anhaltend, und der vorherrschend bläuliche Teint der Plaques erhält sich nur so lange, als die (wahrscheinlich umschriebene) Congestion des unterhalb liegenden Gewebes andauert, allmälig verliert sich diese zumeist von centralen Stellen ausgehende Verfärbung und die Schleimhaut gewinnt ihr normales Aussehen. Gleichzeitig mit der Besserung der epithelialen Erkrankung treten auch die etwa vorhandenen Störungen beim Essen und Sprechen zurück und die reizenden oder anderweitig Schmerzen erregenden Nahrungsmittel werden wieder anstandslos genossen. Die Zungenschleimhauterkrankung bietet nach dieser Richtung hin in einzelnen Fällen ebenso leichte Neigung zur Resolution als die Wangenschleimhaut, doch ist eben so leicht eine Disposition zur Wiedererkrankung gegeben, und man kann deshalb nur dort von einer dauernden Heilung sprechen, wo sich in einem mehrjährigen Zeitraume kein Wiederauftreten des Uebels erkennen lässt.

Den Uebergang von den gut- zu den bösartigen Formen bilden jene Fälle von Leucoplakie, wo die epitheliale Erkrankung zu Anschwellungen, Verdickungen oder Geschwülsten führt, welche ihrem Charakter nach auch die Mitte zwischen indifferenten und bösartigen Gebilden einhalten. In solchen Fällen greift der eigentliche Erkrankungsherd in die tieferen Schichten der Schleimhaut über und Bindegewebe und Papillen geben durch ein auffälliges Wachsthum das Wesen einer Neubildung ab, die ihrer Dignität entsprechend zu beurtheilen ist.

In einem unserer Fälle (Krankengeschichte III) haben wir



eine solche Umwandlung zu beobachten Gelegenheit gehabt, wo aus den idiopathischen Plaques sich ein Papillom entwickelte, welches nun schon über 4 Jahre andauert, ohne dass bisher in der Umgebung der Zungenschleimhaut oder rücksichtlich der Gesammtconstitution von Seite der Neubildung irgend ein nachtheiliger Einfluss wahrgenommen werden konnte. Immer entwickeln sich aber die verdickten und verlängerten Papillen nicht zu einer so bedeutenden pathologischen Formation, obgleich die Exsudation im Papillarkörper oft eine Vergrösserung der einzelnen Papillen deutlich erkennen lässt. Man findet dann während des Vorhandenseins und des weiteren Verlaufes des Uebels gewöhnlich die Papillae filiformes an einzelnen Stellen stecknadelkopfgross aus der umgebenden Schleimhaut hervorragen, und oft sind in der Umgebung der Plaques die einzelnen vergrösserten Papillenkolben auffällig zu sehen.

Bei den ausgebreiteten und andauernden Plaques jedoch wird der Papillarkörper zumeist vollkommen durch die Epithelverdickung überwuchert und, wie schon früher bemerkt, sogar zur Atrophie gebracht, nichtsdestoweniger kann die krankheiterregende Ursache ein stärkeres Wachsthum im submucösen Gewebe veranlassen und dergestalt neben der Epithelvermehrung zur Hypertrophie der physiologischen Papillen führen. Es ist das Vorkommen der papillaren Geschwülste an der Zungenschleimhaut im Allgemeinen kein so häufiges als an den anderen Partien des Intestinaltractes oder der Schleimhäute überhaupt. Noch seltener aber dürfte die Wahrnehmung sein, dass Papillome sich aus oder inmitten weisser Plaques gebildet hätten, wie in unserem eben angeführten Falle, und wir können selben wohl zu den selteneren Beobachtungen zählen. In der Literatur finde ich einen analogen Fall von Wagstaffe [1]) mitgetheilt, wo an einem 50 Jahre alten Mann eine carfiolartige Geschwulst an der Zunge auf operativem Wege entfernt wurde, welches Uebel sich aus weissen, 22 Jahre hindurch bestandenen Plaques entwickelt hatte.

[1]) Dieser Autor betrachtet in seinem Falle die Geschwulst als eine in der Mitte zwischen Papillom und Epitheliom stehende Erkrankung, welche ursprünglich als Syphilis diagnosticirt wurde, für dieses Leiden aber keine Anhaltspunkte bot. Med. Times and Gazette 1875, Jan. 30.

Das Papillom wird bekanntlich ob seines histologischen Baues als eine zusammengesetzte Geschwulstform betrachtet, und während man selbes einerseits wegen der vorwiegenden Wucherung im gefässhaltigen Bindegewebsstroma den gutartigen Geschwülsten anreiht, dient andererseits die Veränderung des Epithelüberzuges zur Veranlassung, dieses Gebilde in nahe Beziehung zu den Epithelialcarcinomen zu bringen. Letztere Auffassung findet ihre Begründung in den lehrreichen Untersuchungen von Auspitz[1]) „über das Verhältniss der Oberhaut zur Papillarschicht", der betreffs der Schleimpapillome angibt, dass in Folge der vermehrten Ernährung in dem submucösen Gewebe, die tieferen Schichten des Epithels in das Stroma des Bindegewebes hineinwuchern und die Hypertrophie des letzteren veranlassen. Dieser mit Vermehrung und Wucherung seiner einzelnen Lagen einhergehende active Antheil des Epithels rechtfertigt sonach die Auffassung einzelner Pathologen, welche diese Geschwulstform den epithelialen (carcinomatösen) Neubildungen anreihen. Man kann demnach die zu Papillomen umgewandelten Fälle von Leucoplakie zu den bedenklicheren Formen zählen, denn mitunter bilden sie den Uebergang zu den bösartigen Folgezuständen der idiopathischen Plaquebildung.

2. Die bösartige oder krebsige Form der Leucoplakie; L. maligna.

Die zuletzt angeführte zur multiplen Geschwulstform sich umbildende Erkrankung kann sich ihrer histologischen Bedeutung entsprechend, wie bemerkt, zum Carcinom weiter entwickeln (in dem von mir beobachteten Falle ist dies bisher nicht geschehen), doch kommt es auch oft in directer Weise durch die auffällige Wucherung des epithelialen Gewebes zu einer deletären und zwar krebsigen Umwandlung.

Einer der Ersten, der diese Wahrnehmung machte, war Neligan[2]), dem später französische und englische Aerzte ähn-

---

[1]) Archiv für Dermatologie und Syphilis, II. Bd. 1870. p. 42 u. ff.

[2]) Der in mehrfacher Hinsicht interessante Krankheitsfall war in Kürze folgender: Ein 46 Jahre alter Mann, der im Jahre 1857 wegen einer Versicherung sich ärztlich untersuchen liess, zeigte auf der Schleimhaut der Zunge und Wangenschleimhaut eine dem Rehleder ähnliche harte weissliche

liche Erfahrungen anreihten, was zu der in den letzten Jahren von den meisten Chirurgen, denen eine derartige Erkrankung zur Beobachtung kam, geäusserten Annahme führte, dass das Epithelcarcinom stets den schliesslichen Ausgang der Zungenplaques darstelle. Wir brauchen nur an die Mittheilungen von Hulke, Clarke, Morris, Hutchinson, Hillairet, Verneuil, Trélat u. A. zu erinnern, um diese Angabe zu erhärten, müssen jedoch zur weiteren Erklärung derselben beifügen, dass den genannten Autoren zufolge die Entwicklung des Carcinoms stets oder grösstentheils dort erfolgte, wo die Leucoplakie (Psoriasis oder Ichthyosis der Autoren) mehrere Jahre hindurch bestand.

Meine Beobachtungen haben mich gelehrt, dass ein derartiger Ausgang keineswegs das regelmässige Endstadium des Uebels bildet, und um vorweg die aus meinen Erfahrungen gewonnenen Schlüsse zusammenzufassen, kann ich angeben, dass in allen Fällen von Leucoplakie, wo das Uebel sich hartnäckig zeigt und keine Neigung zur Resolution kundgibt, der Ausgang zum Carcinom wohl zu gewärtigen ist, aber nicht bestimmt erfolgen muss. In dieser Beziehung dürfte demnach die Auffassung der Dermatologen von jener mancher Chirurgen abweichen und ich zweifle nicht, dass meine Angaben auch anderweitige Bestätigung

---

unregelmässige Oberfläche. Patient behauptete an diesem Uebel seit 30 J. in unveränderter Form zu leiden, ohne irgend welche Unannehmlichkeiten bei den Verrichtungen der Zunge wahrzunehmen. Auch zeigte sich keine Veränderung des Geschmackes. Die Erkrankung war nach Meinung des Erkrankten durch den Missbrauch von Tabakgenuss entstanden, indem selber an kurzer Pfeife gewöhnt, den Tabakrauch möglichst heiss im Munde zu halten pflegte. Neligan bemerkte anknüpfend, Aehnliches noch nicht gesehen zu haben und konnte überhaupt wegen der Aetiologie des Zustandes sich keine Meinung bilden. Im Jahre 1861 hatte sich Patient in die Zunge gebissen, an welcher Stelle, am Zungenrande, ein bohnengrosser Knoten sich entwickelte, der unterhalb der Schleimhaut sass. Nachdem Patient mehrere Aerzte um Rath gefragt, von denen einzelne eine operative Entfernung der Geschwulst anriethen, liess er sich schliesslich durch Aetzmittel behandeln. Einige Zeit darauf stellte sich Hämorrhagie ein, die zur Operation Veranlassung gab, welche jedoch bald wegen carcinomatöser Entartung der Halsdrüsen den Tod zur Folge hatte. Neligan warnt, nach dieser Wahrnehmung, Patienten mit solchen Uebeln zur Versicherungsaufnahme zu empfehlen. Dubl. quarterly journ. 1862, Augustheft.



erhalten werden. Während nämlich die Chirurgen häufig nur vorgeschrittene und bereits umgebildete pathologische Processe zur Behandlung bekamen, haben Dermato- und Syphilidologen öfter mit solchen Uebeln zu thun, die gleichsam in Entstehung und in langsamer Fortentwicklung sich befinden. Wie lange nun der Zeitraum währt bis die Leucoplakie zum Carcinom wird, dort, wo letzterer Zustand überhaupt eintritt, ist vorderhand noch eine ungelöste Frage, die sich erst dann richtig beantworten lässt, wenn das einschlägige Material in genügend übersichtlicher und reichlicher Menge beleuchtet sein wird. Vorderhand kann ich als Beitrag zu selben jene Erfahrungen anführen, die aus den selbst beobachteten Fällen zu gewinnen waren, und die lassen sich im Folgenden zusammenfassen: Unter 20 Fällen habe ich das Entstehen des Carcinoms in 4 Fällen (VIII., IX,, XVIII. und XIX. Krankengeschichte) gesehen und nur in einem einzigen (VIII. Falle) die Umwandlung der Leucoplakie zum Carcinom innerhalb eines verhältnissmässig kurzen Beobachtungszeitraumes (2 Jahre) direct verfolgen können, in einem anderen Falle (XIX. Krankengeschichte) soll sogar innerhalb eines halben Jahres das Carcinom entstanden sein, während in den anderen 2 Fällen die Leucoplakie mehrere Jahre (8—10) andauerte, bis sich schliesslich die bösartige Erkrankung entwickelt hatte.

Unter den rückbleibenden 16 Fällen meiner Beobachtungsreihe finden wir mehrere, wo die Leucoplakie 6, 8 bis 10 Jahre hindurch ununterbrochen andauerte, und wo sich in der ganzen Zeit dieses Bestandes keine Veranlassung fand, das Entstehen eines Carcinoms überhaupt vermuthen zu lassen. Der Zeitraum war demnach in den gutartigen Fällen ein ebensolanger als in den bösartigen — die Zeitdauer allein ist demnach kein verlässlicher Massstab für den schliesslichen Ausgang des Uebels.

Fragen wir nun, ob keine anderen Anhaltspunkte zu finden sind, welche in unseren oder ähnlichen Fällen die Disposition zur carcinomatösen Entartung erklären, während in anderen keine derartige Neigung trotz langer Dauer des Uebels sich zeigt, so müssen wir statt aller Hypothesen die Unzulänglichkeit der der Untersuchung zu Gebote stehenden Momente anerkennen.

Ob bloss örtliche Reize die Epithelwucherung in so hohem Grade anregen, dass selbe einen deletären Charakter annimmt, wie

dies für die Carcinome der Mund- und Lippenschleimhaut fast allgemein angenommen wird, oder ob die nachträgliche Erkrankung von einer individuellen Disposition abhängig gemacht werden muss, kann vorläufig dahingestellt bleiben und es ist für das Entstehen der Neubildung in diesen, wie in allen anderen Formen des Epithelialcarcinoms wohl ein und dasselbe histogenetische Moment giltig.

Kehren wir nach dieser kleinen Bemerkung zur klinischen Seite unseres Gegenstandes zurück und verfolgen wir die Umwandlung der Plaques zu den bösartigen Bildungen, so finden wir, dass in den vorgeschrittenen Fällen die an der Zungen-, wie Wangenschleimhaut vorkommenden Risse und Sprünge, die jedenfalls auf einer tieferen örtlichen Störung beruhen, nicht immer zu einer andauernden Heilung zurückzuführen sind. Trotz Aetzungen und Gebrauches verschiedener zusammenziehender und beschwichtigender Mundwässer u. s. w. zeigt sich bei dazu disponirten Fällen (Individuen) nur schwer eine totale Ueberhäutung, oder wenn doch, ist sie selten eine anhaltende. Es tritt im Gegentheil stellenweise eine Zunahme des ursprünglichen geringen Substanzverlustes ein (vielleicht auch durch das unzweckmässige oder unvernünftige Verhalten von Seite der Kranken veranlasst), die mehr nach der Tiefe als nach der Fläche, oft auch nach beiden Richtungen hin zu erfolgen pflegt. Die Umwandlung des Gewebes geht jedoch nicht gerade immer von dem in seiner Continuität gestörten Bindegewebe, sondern, und dies vielleicht häufiger, von dem unregelmässigen Wachsthum des Deckepitheliums aus, und es ist nicht immer die dickste, sondern häufiger die dünnere Epithellage, welche zu anomaler Bildung sich anschickt. Möglich, dass die grössere Empfindlichkeit an den dünneren Schichten die leichtere Disposition abgibt und die steten Reize, welche auf die Mundhöhlenschleimhaut einwirken, zum Ausgangspunkt der Veränderung dienen. Man findet nun an diesen Stellen Excoriationen oder seichte, mit dünnflüssigem Eiter bedeckte Substanzverluste, deren Grenzen sich zu infiltriren beginnen und allmälig verhärtete und verdickte Ränder bilden. Diese Ulcerationen lassen bei aufmerksamer Reinigung einen missfärbigen Grund zurück, welcher manchmal von nekrotischen Gewebsresten erfüllt ist und trotzdem die Geschwürsfläche durch die reichliche Speichelabsonderung einer steten Bespülung ausgesetzt ist, findet

man dieselbe selten vollkommen rein. Die krebsige Ulceration in Folge von Leucoplakie unterscheidet sich, wenigstens nach den Fällen, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, von jenen Formen wo Carcinom der Zunge ohne vorhergehende Plaquebildung entstanden ist, dadurch, dass in letzteren Fällen die Erkrankung von einer Knotenbildung eingeleitet wird, welche in mehr oder weniger raschem Wachsthum in der Substanz des Bindegewebes sich ausbreitet. Man findet dann eine geringere oder grössere umschriebene Infiltration, an deren Oberfläche das Epithel mitunter excoriirt ist, mitunter nicht, und nach einem gewissen Zeitraume tritt dann an der grössten Convexität des Knotens ein von der Tiefe ausgehender Zerfall ein, der zu einem kraterförmigen Geschwüre führt.

Sobald das Krebsgeschwür zu Stande gekommen, stellen sich auch die im Verlaufe seiner Entwicklung nie fehlenden und selbes begleitenden Erscheinungen ein. Die aufgeworfenen Geschwürsränder erheben sich deutlich aus der umgebenden Schleimhautpartie, spontane Blutungen stellen sich ein, welche mitunter sehr heftig und andauernd zu sein pflegen, die früher unregelmässig und nur zeitweilig auftretenden Schmerzen sind anhaltend, die Kranken verbringen qualvolle Tage und Nächte, oft gesteigert durch die lancinirenden. in das Ohr an der ergriffenen Seite ausstrahlenden Schmerzen. Die Speichelabsonderung wird eine stetige, die Kranken können kaum einige Minuten ohne Spucken verbringen, wobei meist ein zäher, dicklicher, schleimartiger Speichel ausgeschieden wird. Gleichzeitig gehen in Folge des stets weiterschreitenden Geschwüres viele Gewebselemente in Gährung und Fäulniss über und verbreiten einen für den Kranken und die Umgebung unerträglich üblen Geruch.

Die Einwirkung auf die Nachbargebilde bleibt bei einer nur einigermassen vorgeschrittenen Krebsbildung nicht aus, die nächstgelegenen Unterkiefer- und Nackendrüsen beginnen theils consensuell zu schwellen, theils werden sie durch die Lymphgefässe, welche die Krebselemente weiter zu tragen pflegen, in einen dem ursächlichen Leiden analogen pathologischen Zustand versetzt. Die Untersuchung zeigt bei Druck ziemlich bedeutende Empfindlichkeit im Bereich der Drüsen und der selbe umgebenden Bindegewebspartien, doch auch spontan tritt mit der Schwellung dieser Ge-

bilde eine anhaltende und intensive Schmerzhaftigkeit auf, die nur zur Erhöhung der von der Mundhöhle ausstrahlenden gleichen Gefühlsstörnng beiträgt.

Es ist hier nicht am Platze, alle die quälenden Erscheinungen anzuführen, welche den Krebsleiden im Allgemeinen und den Zungenkrebsen im Besonderen zukommen, die durch die Localität des Uebels das Essen schliesslich unmöglich machen und mit den allmälig sich einstellenden Störungen der Verdauung in Folge der Schwierigkeit des Kauens, das vegetative Leben vollends untergraben und den im peinvollsten Zustande hinsiechenden Kranken durch den erlösenden Tod schliesslich von seinem Jammer befreien. In einem Falle (VIII. Krankengeschichte) den ich bis zum schliesslichen Ausgange verfolgen konnte, erfolgte der Tod durch Erschöpfung, die jedoch nicht unmittelbar durch das Zungenleiden sondern durch den consecutiv aufgetretenen Drüsenkrebs veranlasst wurde. indem die hochgradige Intumescenz und Infiltration der Unterkiefer- und Nackengegend zur Compression des Oesophagus führte und dergestalt den Kranken durch den Hungertod dem lethalen Ende zugeführt hatte. In gleicher Weise, wie durch die Compression des Oesophagus kann der Tod auch durch Druck auf den Larynx und die Trachea erfolgen, wie dies in einem Falle geschah, der von einem hiesigen Collegen (Dr. Decsényi) behandelt wurde, bei welchem der nach Leucoplakie entstandene Zungenkrebs von Billroth mit bestem Erfolge exstirpirt wurde und einige Monate später durch einen consecutiven Drüsenkrebs ein plötzlicher lethaler Ausgang durch Ersticken erfolgte. Derartige Vorkommnisse sind geeignet, die als ultimum remedium vorzunehmenden operativen Eingriffe bei Zungencarcinomen in Rücksicht auf die dennoch sich einstellenden Verbreitungen des Krebses in die Nachbarpartien, auch dann noch als zweifelhafte Eingriffe zu betrachten, wenn selbst die secundären Erkrankungen noch nicht nachzuweisen sind, wie dies in den angeführten 2 Fällen thatsächlich bestand.

Diagnose.

Die Bestimmung und Erkenntniss der idiopathischen Plaques wird dem Vorhergehenden zu Folge bei entwickelten Krankheitsformen anscheinend kaum grosse Schwierigkeiten bereiten und es



wird sich bei Feststellung einer exacten Diagnose nur darum handeln, auf die Zusammengehörigkeit der Erscheinungen rücksichtlich des Aussehens, Verlaufes und Ausganges des Uebels gehörig Bedacht zu nehmen.

Im grossen Ganzen gehört die Leucoplakie zu den schwerer zu bestimmenden pathologischen Formen, weil selbe des klinischen Bildes und anderer Eigenthümlichkeiten halber leicht zu Missdeutungen Anlass geben kann, die um so begreiflicher sind, je grösser die Aehnlichkeit zwischen diesen seltenen und anderen häufiger auftretenden Schleimhauterkrankungen ist. Die daraus resultirenden diagnostischen Irrthümer haben namentlich für jene Fälle eine besondere Bedeutung, wo constitutionelle Zufälle der Mundschleimhaut für idiopathische Uebel und umgekehrt gehalten werden.

Unter den leicht zu Verwechslung führenden Krankheitsformen steht demnach in erster Reihe die **Schleimhautsyphilis** der Mundhöhle, deren wir schon im Verlaufe dieser Arbeit mitunter Erwähnung gethan und der wir auch eine grössere Beachtung schenken müssen, wobei ganz geringfügige Wiederholungen kaum zu vermeiden sind. Bekanntlich werden die an der Zunge und den übrigen Schleimhautpartien der Mundhöhle auftretenden Erkrankungen als constitutionelle, oder nach einer anderen Nomenclatur als secundäre Krankheitsformen betrachtet. (Selbstverständlich gehören die durch directe Infection acquirirten Affectionen nicht unter diese Formen.) Wir finden dieselben an den Lippen, den vorderen und hinteren Schleimhautflächen der Wangen, dem Zahnfleische, der Zunge und zwar:

a) als glänzend rothe, umschriebene, kleinere Flecke oder ausgebreitete Röthungen (Erythema syphiliticum).

b) als weissliche, milchfarbene und opalisirende, rundliche oder unregelmässige, hanfkorn-, linsen- und daumennagelgrosse Flecke uud Verfärbungen, die eigentlich eine Summe mikroskopischer Knötchen darstellen.

c) als makroskopische Papillenvergrösserungen und Knötchenwucherungen (breite Papel, Condylom, Plaques muqueuses).

d) als Erosionen oder mehr weniger seichte Geschwürchen und endlich



e) als **knotige Neubildungen** (Gummata syphilitica) mit nachträglichen Gewebszerstörungen (Ulcera syphilitica).

Diese Krankheitsformen haben sämmtlich ein bestimmtes Gepräge; die nach der Primäraffection in ziemlich kurzer Zeit auftretende Erkrankung der Schleimhaut, die öfters zu beobachtende Umwandlung der einen in die andere der angeführten Formen, sowie andererseits wieder die Persistenz gewisser Veränderungen, die begleitenden Erscheinungen, welche nebst der Erkrankung der Mundhöhlenschleimhaut auch sonst noch auf der allgemeinen Decke oder an anderen Schleimhautpartien auftreten — all' diese zu einem einheitlichen Bilde zu gruppirenden und einander ergänzenden pathologischen Veränderungen bieten vorkommenden Falles die Möglichkeit, das Wesen der Erkrankung leicht zu beurtheilen. Die Schwierigkeit in der Diagnose besteht mitunter bloss für jene Fälle, wo wir nur einzelne der genannten Formen vor uns haben, noch mehr aber dort, wo wir jene der Leucoplakie so sehr gleichende, weisse Schleimhautveränderung bemerken, und wo kein weiterer Behelf zur Erleichterung einer fraglich erscheinenden Affection sich vorfindet.

Das pathologisch anatomische Verhalten der Syphiliden ist heute wohl ein ziemlich genau erforschtes, doch schon in früherer Zeit, bevor noch die Details der anatomischen Veränderungen durch die histologischen Untersuchungen genauer gekannt waren, hatte eine aufmerksame Beobachtung (vergl. den historischen Theil) dahin geführt, dass man die Schleimhauterkrankungen gewissermassen mit den Veränderungen an der allgemeinen Decke in Analogie brachte. **Ducros**[1], **Baumès**[2], **Vidal**[3], **Lancereaux**[4] u. A. hatten die syphilitischen Affectionen der Schleimhäute einfach als Wiederholungen der Hauterkrankungen angesehen und selbe als Enantheme den Exanthemen gegenübergestellt; namentlich **Baumès** präcisirte diese Auffassung in klinischer Art,

[1]) Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies syphilitiques. Paris 1841 und **Behrend**, Syphilidologie, Leipzig 1841, IV. Theil, pag. 512.

[2]) Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes etc. Lyon 1841, **Behrend** IV, 510 u. ff.

[3]) Traité des maladies vénériennes. Paris 1859, p. 437.

[4]) Traité historique et pratique de la Syphilis. Paris 1873, p. 130.



und nach selber entsprechen die diffuse Schleimhautröthung der Mundhöhle und des Rachens, die Knötchen-, die Plaques-, die Pustel- und die Geschwürsform — dem erythematösen, papulösen, squamösen, pustulösen und dem ulcerösen Hautsyphilide. Diese Gegenüberstellung gewinnt ihre Berechtigung, sobald man prüfenden Auges die einzelnen Processe hier und dort miteinander vergleicht.

Für uns hat die papulöse Erkrankungsform das meiste Interesse, weil selbe zur Fleckbildung directen Anlass bietet, und wegen ihrer diagnostischen Wichtigkeit eine kurze Berücksichtigung in Bezug auf Erscheinungen und Verlauf verdient.

Die Schleimhautpapel entsteht zumeist aus einer Schwellung und Volumsvergrösserung einer normalen Papille, mitunter auch in Folge Schwellung einzelner Follikel (Kaposi), welche im Beginne dunkel oder bläulichroth, nach kurzem Bestande, abweichend von der Papelumwandlung an der allgemeinen Decke, wie mit einem weissen Häutchen bedeckt, eine graulich oder milchweisse Erhebung darstellt. Bei ausgebreiteter Papillenerkrankung haben wir die bekannten ausgedehnten Wucherungen an der Schleimhaut, welche die breiten Condylome, Plaques muqueuses bilden [1]), die mit fortschreitendem Processe zu geschwürigem Zerfall Anlass geben. Von der beginnenden bis zur ganz entwickelten

[1]) Dem pathologisch-anatomischen Verhalten entsprechend entwickeln sich die Schleimpapeln der Mundhöhle gewöhnlich aus Stellen, wo vorher weisse Flecke bestanden haben, während bei den Condylomen an den übrigen Schleimhäuten ein ähnliches Verhalten nicht zur Beobachtung gelangt; möglich dass die Secretionen der Genital- und Analpartien im Verein mit dem Einflusse der atmosphärischen Luft hier eine raschere Ablösung der Epitheldecken verursachen, als an den Partien der Mundhöhle. Diese Einflüsse dürften überhaupt als Causalmomente anzusehen sein, warum die Mundhöhlenschleimhaut weniger oft an Schleimpapeln erkrankt als andere Schleimhäute, wie dies aus einer interessanten statistischen Zusammenstellung zu entnehmen ist. Davasse und Deville (Lancereaux l. c. p. 135) haben an 186 Frauen folgende Zahlenverhältnisse betreff der Häufigkeit dieser Affectionen gefunden, und zwar kamen dieselben vor:

an der Vulva	174	mal
um den Anus	59	„
an Hinterbacken u. Schenkel	38	„
an den Tonsillen	9	„
an der Zunge	6	„



Form begegnen wir dann den Einrissen, Wucherungen, und anderen aus der Hyperplasie des Gewebes sich bildenden Veränderungen. Diese kleinen weissen conglomerirten Papeln bilden in toto die weisslichen Verfärbungen, die Plaques opalines und selbe erscheinen wieder an der Oberfläche, den Rändern und der Spitze der Zunge sowohl, wie an den übrigen Stellen der Mundschleimhaut:

1. als umschriebene, rundliche, ovale und längliche, linsengrosse Flecke von perlmutterartiger Farbe;

2. als ausgebreitete Verfärbungen mit Verdickung, auch Verhornung des Epithels, welche aus den ursprünglichen Flecken sich herausbilden (Psoriasis und Keratosis membranae mucosae).

Was lehrt nun der Vergleich der syphilitischen mit den idiopathischen Plaques?

ad 1. Die erste Entwicklung der Plaques opalines hat mit der Entwicklung der Leucoplakie grosse Aehnlichkeit. Wir finden im Beginne der Erkrankung hier wie dort die weisslichen Flecke oft von einer dunkelrothen, wohl entzündeten Grenzpartie umgeben, die jedoch später nicht immer zu sehen ist, indem bei Persistenz der Flecke der rothe Saum entweder zum normalen Verhalten der Schleimhaut sich umbildet oder durch die Ausbreitung der Erkrankung verloren geht. Während jedoch die syphilitischen Plaques durch mechanische Einwirkung ihren dünnen Epithelüberzug verlieren, excoriirt, leicht blutend und geschwürig werden und eine oft übelriechende Absonderung veranlassen, bleiben die idiopathischen unbeschadet der gleichen Einwirkung, welcher sie ausgesetzt sind, durch eine lange Zeit vollkommen unverändert. Dies deutet schon auf ein verschiedenartiges Verhalten in der Entwicklung beider Processe und es fragt

---

Dem entgegen fand Bassereau dasselbe Leiden bei 130 männlichen Kranken:

rings um den Anus	110	mal
auf dem Hodensacke	60	„
an Mund und Lippen	55	„
an Mandeln, Wange und Zunge	73	„

Die Häufigkeit der Schleimpapeln der Mundhöhlenschleimhaut bei Männern im Gegensatze zu dem seltenen Vorkommen bei Frauen dürfte auf die Gewohnheit und den Einfluss des Rauchens zurückzuführen sein.



sich, ob wir auch in der Lage sind, diese Unterschiede näher zu begründen.

Der erste Anstoss zur syphilitischen Fleckbildung liegt wohl weniger in einem äusseren Moment als in der Disposition der Schleimhaut, welche durch die allgemeine Infection verändert und vulnerabler geworden ist.

Kaposi [1]) leitet die stellenweise Verfärbung davon ab, dass durch das in den Papillen sich bildende Exsudat die Epithelzellen nicht genügend ernährt, in Folge dessen emporgehoben, durch die Secretion der Mundschleimhaut macerirt, ihre lebhafte Färbung einbüssend trübe und milchig opak werden. Wenn dann das trübe gelockerte Epithel abgelöst wird, liegt das entzündete Papillarstratum als rother glänzender Fleck frei zu Tage. Wir stimmen dieser Auffassung für die syphilitischen Plaques vollkommen bei; dieser Vorgang unterscheidet sich jedoch darin schon wesentlich von jenem, den wir bei der Bildung der idiopathischen (leucoplakischer) Flecke wahrnehmen, dass bei gleicher pathologischer Umwandlung in den Schleimhautpapillen und der Veränderung der Epithelzellen das Gewebe keineswegs eine derartige Mürbigkeit zeigt, dass es spontan zu excoriirten, blutenden Stellen kommt, dass ferner keine Loslösung der weissen Epithelschichten zu beobachten ist, im Gegentheil, wir finden die geröthete und leicht geschwellte Schleimhaut wohl als Vorläufer der Fleckbildung nicht aber als deren Endstadium.

ad 2. Bei der klinischen Darstellung der idiopathischen Plaquebildung haben wir davon Erwähnung gethan, dass die Epitheltrübung mitunter zum Schwinden kommen kann, und zwar in Folge eines atrophischen Processes, der sich als Narbenbildung innerhalb der Plaques kundgibt; gewöhnlicher ist aber die Wahrnehmung, dass die Epithelzellen bei andauernder Erkrankung immer stärker und intensiver sich bilden, dass sie eine grössere Ausdehnung erlangen, die Zunge in grosser Fläche ebenso wie die Wangenschleimhaut bedecken und dass das plastische Exsudat zur dauernden Infiltration führt, ein Moment, welches auch (v. später) die histologische Untersuchung bekräftigt. Diese Infiltration gibt sich auch bei

[1]) Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute. Wien 1875, III. p. 174.



der Digitaluntersuchung kund, indem wir eine auffallende Härte und Verdickung an den afficirten Stellen vorfinden — Momente, die wir bei der syphilitischen Fleckbildung entschieden vermissen.

Einzelne Autoren erwähnen wohl, dass in Folge eines Jahre hindurch sich stets erneuernden gleichartigen Processes, der die syphilitischen Plaques an der Schleimhaut der Zunge und Wange trifft, eine allmälige Verdickung des Epithels zu festen, hornartigen Schwarten zu Stande kommt, welche eine stärkere Auflagerung bildet und der klinischen Analogie wegen die Bezeichnung Psoriasis oder Keratosis membranae mucosae oris verdient. Dies wäre demnach eine durch Syphilis bedingte Affection, welche unserer Leucoplakie entgegengestellt werden kann und wahrscheinlich auch gegenübergestellt wird — wenn nicht anders beide Processe für ein und dasselbe Leiden gehalten werden. Letzteres ist nun entschieden unrichtig. Die besten Syphilidologen und unter ihnen Vidal, Cullerier, Lancereaux u. A. anerkennen nur jene Form der Schleimpapeln, deren wir oben als Plaques opalines gedachten, eine Verdichtung und Verhornung des Epithels als Syphilisform scheint, da selbe davon keine Erwähnung thun, ihnen unbekannt. Ein Gleiches thut Zeissl [1]), welcher sich über diese Erkrankungen, wie folgt, äussert: „Schon mehrmals kam mir eine Erkrankung der Zungenschleimhaut zur Behandlung, die sehr leicht mit syphilitischen Plaques verwechselt werden konnte. Diese Erkrankung besteht in einer diffusen Hyperplasie oder Verdickung des Zungenepithels an der Oberfläche und den Rändern der Zunge. Stellenweise wird das verdickte Epithel abgestossen, um neuen, sich wieder verdickenden, weisslichen Epithelialplatten Platz zu machen oder epithelienlose Schrunden zurückzulassen, welche derart schmerzen, dass das Schlingen selbst flüssiger Nahrungsmittel die höchste Ueberwindung kostet. Diese mit Verdickung des Epithels einhergehende entzündliche Erkrankung der Zungenschleimhaut hat gewöhnlich eine mehrwöchentliche (?) Dauer und unterscheidet sich schon durch die Heftigkeit der Schmerzen, durch die grössere Ausdehnung der verdickten Epithelstellen an der Oberfläche der Zunge

[1]) Lehrbuch der Syphilis 1871, II. p. 202.



und durch Mangel aller auf Syphilis hindeutenden Erscheinungen. Eine antisyphilitische Behandlung ist erfolglos.“ Wir haben absichtlich die Angabe eines anerkannten Syphilidologen in extenso mitgetheilt, weil jeder Unbefangene im Stande ist dieses Uebel, für welches Zeissl keine Bezeichnung angibt, mit unserer Leucoplakie für ein und dasselbe Uebel zu halten, wenn auch die Beschreibung auf absolute Vollständigkeit keinen Anspruch macht. Kaposi, der eifrigste Verfechter für die Bezeichnung Psoriasis und Keratosis der Schleimhäute, hat leider bisher an keiner, wenigstens mir bekannten, Stelle erwähnt, dass ähnliche verhornte oder verdickte Epithelschwarten auch auf anderer Grundlage als eben der syphilitischen entstehen könnten, und für diesen vielerfahrenen Autor scheint eben eine derartige Erkrankung immer nur durch Syphilis veranlasst zu sein. Beweis dessen eine Bemerkung, worin es heisst [1]), dass die von ihm als Psoriasis und Keratosis mucosae oris und linguae beschriebenen „dicken Epithelschwarten, welche bei Syphilitischen auftreten und lange Jahre als selbstständiges Uebel fortbestehen ..... nicht als Symptome einer noch vorhandenen syphilitischen Dyscrasie anzusehen sind, obgleich dieselben andererseits als untrügliche Zeichen einer vorausgegangenen Syphilis zu gelten haben“ u. s. w. Wir verweisen dem entgegen auf unsere Krankengeschichten, wo wir Syphilis in vielen Fällen nicht nachweisen konnten und wo auch von Seite glaubwürdiger Kranker das Bestehen einer früheren Syphilis nicht zugestanden werden konnte, und wo es zu intensiven und dauernden Epithelverdickungen kam [2]).

Dem Gesagten zu Folge können wir demnach im Allgemeinen, dort wo wir derbe Infiltrationen oder Auflagerungen der

---

[1]) l. c. p. 187. Anmerkung.

[2]) Dr. Schuster in Aachen hat vor einiger Zeit in einer kleinen Abhandlung „über die Epitheltrübungen der Mundschleimhaut bei Syphilitischen“ (Archiv der Heilkunde 1875 XVI. Bd. p. 433 u. A.) auch nachzuweisen gesucht, dass oft nach getilgter Syphilis derartig blauweisse Trübungen sich vorfinden; einige der kurz mitgetheilten Krankengeschichten zwingen den Autor jedoch zu der Bemerkung, dass man vergebens nach syphilitischen Anhaltspunkten suchte, oder dass energische, antisyphilitische Kuren ohne Erfolg bei dieser Erkrankung sich zeigten. Für solche Fälle wäre demnach ebenso wie in anderen, eine früher vorhandene Syphilis ganz irrelevant und es dürfte sich hiebei gleichwohl nur um idiopathische Plaques gehandelt haben.

Schleimhaut vorfinden, und wo sich kein directer Anhaltspunkt für eine bestandene oder noch vorhandene Syphilis darbietet, die Diagnose mit grosser Wahrscheinlichkeit wenn nicht Gewissheit auf eine idiopathische Plaquebildung stellen. Damit will ich nun nicht behaupten, dass auf syphilitischem Boden nicht auch, Leucoplakie sich entwickeln kann, ich bestreite nur dass die weissen verdickten und verhornten Plaques stets als Syphilisprodukte anzusehen sind.

Auch in einem späteren Stadium der Erkrankung lässt sich dort, wo es zur Knotenbildung gekommen, die syphilitische Erkrankung leicht von der idiopath. unterscheiden, indem in ersteren Fällen eine ganz umschriebene Form des neugebildeten Gewebes zu Tage tritt (Gumma syphilitic.), das zu Zerfall und Geschwürsbildung führt, während die Leucoplakie als solche nie Knoten erzeugt, sondern dieselben nur dort sich vorfinden, wo eine bösartige (krebsartige) Umwandlung des Gewebes Platz gegriffen hat.

Für jene Fälle, wo wir das Entstehen und den Verlauf einer in Bezug seiner Wesenheit fraglichen Plaquebildung zu verfolgen Gelegenheit haben, dürften diese eben hervorgehobenen Momente eine Handhabe zur richtigen Beurtheilung bieten; anders jedoch dort, wie es zumeist in der Praxis vorkommt, wo eine objective und richtige Beurtheilung eines schon lang andauernden Uebels ganz eindringlich geboten erscheint. Für solche Fälle sind demnach ausser den angegebenen Unterscheidungspunkten noch einige Angaben unerlässlich, die wir in den folgenden Punkten zusammenfassen wollen:

a) Die Färbung des Epithels. Selbe bildet eine wesentliche Eigenthümlichkeit der Erkrankung, und alle von derselben betroffenen Stellen der Schleimhaut zeigen ein weissliches silberfarbenes und mattglänzendes Aussehen, das in mancher Beziehung den weissen Schuppenlagen der Haut-Psoriasis gleicht. Die syphilitischen Plaques zeigen selbst in den ausgeprägtesten Fällen diese Färbung nicht, und bei starker Epithelverdichtung sieht die Oberfläche „schmutzig grau aus, von pinsel- und fadenförmigen Gebilden besetzt, und die Schleimhaut (der Zunge) von einem zähen, schmierigen, schmutzig-weissen Schleim überzogen (Kaposi)."



Wenn nun bei Leucoplakie über dem veränderten Epithel eine derartige Verfärbung zu sehen, so ist selbe durch einfaches Abstreifen leicht zu entfernen, es ist dies dann nur eine durch Mundbelag und Schleim bedingte oberflächliche Verunreinigung, was bei den syphilitischen Leiden nicht der Fall ist. Der Grund dieser Verschiedenheit dürfte in dem anatomischen Verhalten des Papillarkörpers zu suchen sein, der in dem ersteren Falle weniger Zellen-Detritus als in den letzteren liefert, wozu noch ein Vergrössern und Auswachsen der Papillen erfolgt, was wir bei der Leucoplakie vermissen, und wofür die histologische Untersuchung auch die entsprechende Begründung liefert.

b) Die Ausbreitung der Verfärbung über die ganze Zunge oder eine grosse Schleimhautfläche ist, wie früher bemerkt, fast bei jeder länger bestehenden Leucoplakie zu finden, falls sich nicht in ausnahmsweise kurzer Zeit eine destructive Umwandlung einstellt; bei der Syphilis ist diese Flächenausbreitung der Erkrankung kaum zu beobachten. Die Plaques opalines pflegen, wenn sie noch so zahlreich auftreten, zumeist eine begrenzte umschriebene Form einzuhalten und selten so ineinanderzufliessen, dass sie die Schleimhaut einhüllen, wie dies namentlich an der Zunge zu finden ist, so dass vorkommenden Falles dieses Verhalten allein für die Diagnose der idiopatischen Erkrankung genügt. Die syphilitischen Plaques pflegen jedoch nach einer anderen Richtung sich auszubreiten, und zwar findet man nicht nur den Lieblingssitz derselben, die Spitze und Ränder der Zunge, sondern auch an der Rachenpartie, den Mandeln und den Gaumenbögen, analoge Trübungen im Verein mit Excoriationen und seichten Geschwürchen. Hat man nun derartige Veränderungen vor sich, so wird die differentielle Diagnose um so weniger Schwierigkeiten bereiten, als man dann bei aufmerksamer Untersuchung noch andere Merkmale eines constitutionellen Leidens leicht auffinden kann.

c) Die Persistenz der Verfärbungen. Mit geringen Ausnahmen, wie ich dies nur in 3 Fällen (VI., X. und XI. Krankengeschichte) gesehen, pflegen die meisten Verfärbungen, einmal entwickelt, sehr schwer sich rückzubilden, was bei den syphilitischen Plaques zumeist bei Einleitung einer richtigen Behandlung leichter zu erfolgen pflegt. In letzteren Fällen sieht man namentlich durch therapeutische Eingriffe einen Wechsel, selten ein gleichmässiges



Andauern im Verlaufe des Uebels, was bei der Leucoplakie nicht zu beobachten, indem sich dort mit der Zeit eine wenn auch nur langsame Ausbreitung einstellt, die sodann als locale Erkrankung anhält.

d) Die Localität der Erkrankung ist in zweifelhaften Fällen mitunter ein werthvolles Hilfsmittel für die Diagnose. Bei der Leucoplakie kommen die Veränderungen des Epithels ausschliesslich an der Oberfläche, der Spitze und den Rändern der Zunge vor, die untere Zungenfläche bleibt fast stets von dieser Affection verschont. wenigstens fand ich letzteren Umstand nur ungemein selten. Die syphilitischen Plaques kommen hingegen ausser an den genannten Partien auch häufig an der unteren Zungenfläche zur Beobachtung, woselbst sie jedoch kaum lange als Trübungen bestehen, sondern alsbald zu Excoriationen werden, welche nebstdem auch am Frenulum linguae und dem Boden der Mundhöhle sich zeigen. Die Trübungen an der Wangenschleimhaut, die hier und dort an gleichen Stellen sich zeigen, sind bei der Leucoplakie constanter als die gleichen Verfärbungen des Epithels bei der Syphilis.

e) Das Verhalten des Lymphapparates. Die idiopathischen Plaques der Mundhöhlenschleimhaut haben trotz längerer Dauer keine Erkrankungen der Nachbargebilde zur Folge, nur in jenen Fällen, wo das indifferent erscheinende Uebel zu einer bedeutenderen Erkrankung sich umbildet, kommt es zur Entzündung und Schwellung des nächstgelegenen Binde- und Drüsengewebes. Trotz der örtlichen Störungen mit Einrissen und Sprüngen in der Schleimhaut, die beim Essen und Sprechen dem Kranken die grössten Unannehmlichkeiten verursachen, kommen keine Anschwellungen der Unterkiefer oder Nackendrüsen vor, und ich konnte in keinem einzigen noch so ausgebreiteten Falle von Leucoplakie eine derartige secundäre Affection wahrnehmen. Ganz anders ist bekanntlich das Verhalten des Lymphapparates bei syphilitischen Leiden und jede specifische Erkrankung der Mundhöhlenschleimhaut pflegt in kürzerer oder längerer Zeit zu den bekannten charakteristischen Drüsenanschwellungen zu führen.

Was in den angeführten Punkten zur Begründung der richtigen Diagnose zwischen idiopathischen und syphilitischen Affectionen der Mundhöhlenschleimhaut angegeben wurde, dürfte im Allgemeinen bei gehöriger Berücksichtigung und gewissenhafter

Prüfung jedes einzelnen Falles wohl ausreichend sein. Ich habe mich bemüht, jene pathologischen Momente gesondert anzuführen, die bei der leichten Verwechslung beider Krankheitsformen auch die meisten Schwierigkeiten bereiten dürften, trotzdem will ich die angegebenen Details nicht als absolut unfehlbare Angaben betrachten. Bestehen aber trotz allem noch Zweifel in der Beurtheilung eines Falles, so ist es geboten noch auf andere zur Erklärung dienende Momente sein Augenmerk zu richten; zu diesen gehören etwa vorausgegangene Erkrankungen, gewisse erläuternde Angaben von Seite der Kranken, Zeichen anderweitiger Affectionen u. s. w., Momente, welche unter Umständen von dem aufmerksamen Arzte richtig verwerthet, zu wichtigen Behelfen werden können. Je objectiver demnach der Vorgang, desto bessere Bürgschaft liefert er für ein richtiges Urtheil.

Diagnostische Schwierigkeiten dürften Allem zuvor sich aber dort bieten, wo eine Leucoplakie sich bei Syphilitischen zeigt, in ähnlicher Weise wie eine geringfügige Psoriasis idiopathica neben einer Syphilis cutanea squamosa sich weniger leicht erkennen lässt, als unter normalen Verhältnissen. In solchen Fällen ist es begreiflich, wenn das markantere Grundübel zum Ausgangspunkte für die Diagnose dient, und diese wird bei der Affection der Schleimhaut, wie die Erfahrung häufig lehrt, gewöhnlich zu Gunsten der syphilitischen Diathese gestellt; dass dies aber nicht immer in der richtigen Weise geschieht, und dass Irrthümer sich hierbei sehr leicht einstellen, bedarf nach all dem Gesagten kaum einer besonderen Erwähnung.

Die Leucoplakie an der Schleimhaut der weiblichen Genitalien wird dort unschwer bestimmt werden können, wo die gleiche Affection in der Mundhöhle sitzt. Man dürfte jedoch selten in die Lage kommen, dieses Uebel an genannter Stelle zu constatiren und ich habe unter 20 Fällen meiner Beobachtung diese Affection nur ein einziges Mal (XIII. Krankengeschichte) selbst gesehen. Ein amerikanischer Autor, Weir, hat in gleicher Weise, wie ich, Gelegenheit gefunden, an genannter Localität eine idiopathische Plaquebildung zu beobachten, welche er für den einzigen bis jetzt veröffentlichten Fall einer (ichthyotischen) Erkrankung der Vulva hält. Falls die von mir und Weir[1]) mitgetheilten Fälle durch

[1]) Die Patientin war eine 61 Jahre alte Frau, die seit ihrem 16. Jahre



keine neuere Beobachtung erweitert werden, so können dieselben vorläufig als Unica betrachtet werden. In der mir zu Gebote stehenden gynäkologischen Literatur habe ich ähnliche Wahrnehmungen nicht verzeichnet gefunden.

Andere Krankheitsformen werden wohl kaum, in einer Weise wie dies bei der Schleimhautsyphilis möglich, mit der Leucoplakie verwechselt werden können, indem wir keine weitere Erkrankung kennen, die in Bezug auf Entwicklung, Dauer und Verlauf mit den idiopathischen Plaques in nahe Verwandschaft gebracht werden kann. Die Aphthen, der Soor, die mercurielle Schleimhauterkrankung, der Pemphigus, die Diphtheritis gehen zum Theil mit kurz dauernder Verdickung und Hypertrophie, zum Theil mit rascher Zerstörung und Geschwürsbildung der Schleimhäute einher. Nur in dem ersten Stadium des einen oder anderen Uebels kann eine diagnostische Schwierigkeit bestehen, die durch eine mehr oder weniger auffällige Verfärbung der Schleimhaut sich kundgibt.

Aphthen erscheinen in Gestalt weisser oder perlgrauer hirsekorn-linsengrosser Bläschen an der Zunge und der übrigen Schleimhaut der Mundhöhle. Nach den Untersuchungen Bohn's [1]) besteht diese Affection eigentlich nicht aus mit seröser Flüssigkeit gefüllten Bläschen, wie es den ersten Anschein hat, sondern aus soliden Schleimhautverdickungen, welche durch ein zwischen Corium und Epithel gesetztes fibrinöses Exsudat entstehen, weshalb Niemeyer auch die Bezeichnung „Stomatitis crouposa" für dieses Leiden vorgeschlagen hat. Im Beginne der Erkrankung findet man kleine weissliche Flecke, die mit Zunahme des Exsudates sich erheben, ihre ursprüngliche Färbung verlieren, und zu gelblichen Hügelchen sich verändern, die nach kurzem Bestande zu Geschwürchen zerfallen,

an intensivem Pruritus vulvae gelitten hatte. Die Affection bestand in dem Vorhandensein perlblauer Flecke an den kleinen Labien, die in die gesunde Schleimhaut übergingen; die Flecke waren verdickt und gegen Berührung sehr empfindlich. — 18 Monate nach der ersten Spitalsaufnahme wurde Pat. wegen eines aus dieser Affection entstandenen Epithelioms operirt. (New-York, Med. Journ. März 1875 und Archiv für Dermatologie. 1876, pag. 463.)

[1]) Die Mundkrankheiten der Kinder. Leipzig 1866 p. 37.

die ohne Narbenbildung heilen — mitunter tritt auch Resorption des Exsudates ohne eitrige Schmelzung ein. Der Umstand, dass dies Leiden zumeist bei säugenden Kindern auftritt, mit fieberhaften Allgemeinerscheinungen sich verbindet, wenige Tage bis höchstens 2—3 Wochen anhält und ohne weitere Complicationen verläuft, schützt vor einer Verwechslung mit Leucoplakie oder auch syphilitischen Mundgeschwüren.

Der Soor, ein bei Kindern häufigeres Leiden, findet sich bei Erwachsenen nur als begleitende Erscheinung schwerer Allgemeinprocesse (Typhus, Puerperalerkrankung, Phthisis u. s. w.), wo die Pflege der Mundschleimhaut verabsäumt wird. Das Wesen der Erkrankung besteht in einer Pilzbildung, die in Form weisser Plaques die Schleimhaut der Mundhöhle und der Zunge oft in ganzer Ausdehnung überzieht. Diese Auflagerung ist leicht zu entfernen und zeigt die unterliegende Schleimhaut geschwellt und geröthet. Etwaige Zweifel über das Wesen der Erkrankung sind durch eine mikroskopische Untersuchung, welche die Pilzfäden deutlich nachweist, leicht zu beheben.

Mehr Sorgfalt in der Beurtheilung erfordern die nach Gebrauch von Mercurialien zurückbleibenden Flecke, welche oft als Reste einer alten Syphilis, richtiger aber als durch vorausgegangene Quecksilbertherapie veranlasste Epitheltrübungen angesehen werden. Diese Flecke erscheinen nie ganz weiss, sondern haben stets eine bläulich-weisse Färbung, finden sich an allen Stellen der Zunge und der Wangenschleimhaut, jedoch fast immer in Form abgerundeter, kaum aber als ineinanderfliessende ausgebreitete Trübungen. Es scheint, dass mechanische Einwirkung das Entstehen dieser Flecke besonders begünstigt, denn man findet selbe vorwiegend an der Spitze und den Rändern der Zunge, die dem Drucke der Zahnreihen anhaltender ausgesetzt ist. Dass der Einfluss des Quecksilbers (Zeissl) viel eher als die Syphilis zur genannten Schleimhauttrübung beiträgt, kann auch durch jene Beobachtung unterstützt werden, welche lehrt, dass die Einwirkung dieses Metalles eine Erkrankung der Schleimhäute direct provociren kann. Arbeiter in Quecksilberminen, Hutmacher, Spiegel- und Barometerverfertiger u. s. w. tragen in Folge ihres Berufes nicht nur Entzündung der Mundhöhlenschleimhaut davon, die mit starker Schwellung und Geschwürsbildung, anhaltendem

Speichelfluss, heftigem und charakteristisch üblem Geruche verbunden ist, sondern zeigen oft auch weissliche oder bläulichweisse Belege an verschiedenen Stellen der Mundschleimhaut. Derartige Erkrankungen sind schon auf den ersten Blick von Leucoplakie zu unterscheiden; Verfärbungen geringeren Grades jedoch, die man bei an constitutioneller Syphilis Leidenden findet und die eine Mercurialkur ein oder mehreremal durchgemacht haben, dürften leichter bezüglich des Wesens der Affection verkannt werden. Uebrigens ist das Entstehen dieser bläulichweissen Flecke bei Syphilitischen vor der Hand noch nicht genügend gekannt und es ist sehr wahrscheinlich, dass die constitutionelle Erkrankung sowohl, als auch der Quecksilbergebrauch von Einfluss auf deren Entwicklung sind. Die längere Dauer und die schwere Involution dieser Flecke, selbst auf wiederholte specifische Kuren, sind wohl charakteristische Merkmale für diese Zufälle der Mangel einer wirklichen Epithelverdickung, die angeführte mehr bläuliche als reinweisse Färbung und die anderen Kennzeichen, die wir für die idiopathischen Plaques eines Weiteren ausgeführt haben, dürften vor Verwechslungen leicht schützen, um so mehr, je länger wir in schwierigeren Fällen die Erkrankung zu verfolgen vermögen.

Betreffs jener Fälle, die in Folge von Pemphigus oder Diphtheritis Veränderungen an irgend einer Partie der Mundhöhlenschleimhaut veranlassen, dürfte es kaum nöthig sein viel Worte zu verlieren. Während ersteres matsche Blasen führendes Uebel ungemein selten ist, zu baldiger Verschwärung Anlass gibt und auch auf der allgemeinen Decke die charakteristische Erkrankung aufweist, localisirt sich letzteres Leiden gewöhnlich an der Rachenpartie, geht mit Fieber einher und ist eine Erkrankung von kurzer Dauer, mit Auf- und Einlagerung in das Gewebe der Schleimhaut, die kaum eine entfernte Aehnlichkeit mit den Epitheltrübungen bei der Leucoplakie aufweist.

Histologie.

(Hierzu Tafel III.)

Die histologischen Veränderungen, die an den idiopathischen Zungenplaques sich vorfinden, beziehen sich auf alle Schichten der



Schleimhaut, und die Abnormitäten, die man bei der mikroskopischen Untersuchung wahrnimmt, sind ganz gut mit dem makroskopischen Bilde in Einklang zu bringen.

Die nachfolgenden Befunde stammen von, im Verein mit Herrn Dr. Babesiu, Assistent der pathologischen Anatomie, unternommenen Untersuchungen aus von Lebenden entnommenen Objecten; Dr. Babesiu hatte auch die Freundlichkeit, die Zeichnungen, die diesem Kapitel angehören, nach gelungenen Schnitten zu verfertigen.

Schnitte [1]), welche quer durch das gehärtete Object geführt wurden, und Plaques in einer solchen Ausdehnung umfassen, dass die Grenzen der gesunden Schleimhaut mit in den Bereich der kranken getroffen werden, zeigen neben dem normalen Gewebe den Beginn und die Entwicklung des pathologischen Processes. Die krankhafte Veränderung fällt dadurch in's Auge, dass im Corium, hauptsächlich an der Grenze der Malpighischen Schichte bis in die Tiefe des Gewebes hinein, eine stellenweise ausserordentliche Anhäufung von Granulationszellen sichtbar wird.

Bei der oberflächlichen Durchsicht der einzelnen Schnitte ergeben sich nachfolgende Befunde:

Das Stratum corneum, durch Anhäufung vertrockneter Zellen, die in wellenförmigen Linien aneinandergereiht sind, gebildet, ist von der Hornschichte einer normalen Zungenoberfläche stellenweise kaum zu unterscheiden. An der äussersten Grenze daselbst findet man eine mitunter dickere Schicht aus verhornten Zellen (Fig. I *b*; Fig. II *a*), welche zum Theil noch von der Configuration des Papillarkörpers veranlasst, doch immer geringere Erhöhungen und Vertiefungen zeigt, als bei normalen Verhältnissen. Je tiefer man jedoch das Object nach abwärts verfolgt, desto auffälliger gibt sich hier schon das Bild des krankhaften Vorganges zu erkennen. Während an einer normalen Zungenschleimhaut die Malpighische Schichte

[1]) Die Schnitte stammen von Objecten, die in Gummiglycerin gelegt, nachträglich in Alcohol gehärtet, durch Paraffin fixirt (ein stäbchenförmiges Stück Paraffin wird an einer Flamme etwa wie ein Siegelwachsstäbchen erhitzt und auf ein ausgehöhltes Stück Holundermark getropft, darauf das gehärtete Object gelegt und mit noch einigen Tropfen Paraffin befestigt) und mit Hämatoxylin und Carmin gefärbt wurden.



gegen die Oberfläche hin durch eine deutliche Linie begrenzt wird, erscheint die Grenze hier kaum angedeutet, und die Schleimschichte selbst geht in jene Schichte über, die dem Stratum corneum entspricht. Die Grenzschichte gegen das Corium hingegen ist stellenweise scharf markirt, stellenweise jedoch den krankhaften Veränderungen des letzteren entsprechend verändert; der Papillarkörper an wenigen Stellen normal, zum Theil unscheinbar ausgebildet, zum Theil durch Zellwucherung im Corium gänzlich verstrichen (Fig. I *c—c*).

Das Corium enthält in der ganzen Ausdehnung des krankhaften Processes eine hauptsächlichst die Gefässe umgebende Vermehrung von Bindegewebselementen (Fig. I *d*; Fig. II *i*), doch zeigt nahe selbe zur Grenze der Malpighischen Schichte eine auffallend dichte Wucherung junger Zellen. Das submucöse Gewebe ist gleichfalls von reichlicher Zellenwucherung durchsetzt, namentlich an den Grenzen der Parenchymgebilde (Lymph-Schleimdrüsen) ist diese Veränderung auffällig (Fig. I *e*). Die Schleimdrüsen zeigen an manchen Stellen, die an das wuchernde Gewebe grenzen, mitunter eine Proliferation des Enchyms.

Gehen wir nun nach diesen allgemeinen und die auffälligsten Abweichungen betreffenden Angaben zu den Details der pathologischen Umwandlungen über.

Die wesentlichste Veränderung und der wahrscheinlichste Ausgangspunkt der ganzen Erkrankung liegt im Corium. Dem klinischen Bilde der congestiven Hyperämie entspricht auch hier, wie bei anderen Erkrankungen der Haut und der Schleimhäute ein pathologischer Vorgang im Corium, welcher sich durch das Mikroskop wohl nicht direct verfolgen lässt; sobald aber die Hyperämie zu Zellenwucherung im Gewebe und dem Austritte weisser Blutkörperchen aus den Gefässen geführt hat, wird man an der erkrankten Schleimhaut unmittelbar unterhalb der Malpighischen Schichte eine nennenswerthe Veränderung wahrnehmen. Die oberflächlichsten längs der Epithelgrenze verlaufenden Gefässe der Cutis sind von mehr oder weniger reichlichen kaum protoplasmahältigen kleinen länglichen Zellen dicht umgeben, sowohl die oberflächlichen als die in der Tiefe verlaufenden Gefässe sind bei dem Processe hervorragend betheiliget, und erscheinen ursprünglich als

die Träger des Reizes, welche den ersten Anlass zur Erkrankung geben, und denen demgemäss eine wichtige Rolle bei der Ausbreitung und Zunahme des Processes zukommt. Entlang der an den Stellen der intensivsten Erkrankung fast ganz flachen Epithelgrenze zieht sich ein aus dichtgedrängten, sehr kleinen, 0·0015 Mm. im Durchmesser haltenden Bindegewebselementen bestehendes Exsudat hin (Fig. I *a*), das zunächst ein Maschenwerk bildet, welches durch die vermehrt erscheinenden kleinsten Gefässe vorgezeichnet sein dürfte, das Maschenwerk selbst wird von grosskörnig-granulirten, verfetteten Bindegewebs- und Epithelresten erfüllt. Die Exsudatzellen scheinen theils aus fixen Zellen entstanden zu sein, theils sind es rundliche, blässer gefärbte granulirte Wanderzellen (Fig. II *d*). Nebst denselben scheinen noch bedeutend kleinere unregelmässig geformte durch Hämatoxylin und Carmin gefärbte Körner constant vorzukommen.

Diese das Exsudat bildenden Elemente liegen gegen die Mitte des Herdes so dicht, dass sie einen durch mittlere Vergrösserung nicht auflösbaren Streifen bilden, (der durch Hämatoxylin intensiv violett gefärbt erscheint) welcher zur gänzlichen Compression der oberflächlichsten Gefässe führt, weshalb letztere an solchen Stellen nicht mehr auffindbar sind, während sie an den Grenzpartien in der früher geschilderten Weise sich vorfinden. In gleicher Weise sind die Papillen stellenweise durch die Exsudation theils geschwunden, theils in anderer Weise verändert, je nachdem diese Gebilde mehr oder weniger intensiv von dem Processe selbst betroffen werden. Als vom Exsudat veranlasste secundäre Reizerscheinung, wären etwas grössere Zellen zu bezeichnen (0·002 Mm.), welche in den Bindegewebsspalten des Corium sich vorfinden. Die geringe Dicke des Exsudates sowohl, als auch der Umstand, dass sich selbes grösstentheils auf Kosten der Malpighischen Schichte ausbreitet, lassen hier das Corium kaum verbreitert erscheinen. (0·2—0·33 Mm.)

Der Papillarkörper ist bis auf jene Stellen wo er, wie bemerkt, durch die beschriebene Exsudation zu Grunde gegangen ist, unvollkommen ausgebildet, ja selbst verstrichen. Dessenungeachtet ragen einzelne Papillen stellenweise bis in die oberflächlichsten Schichten, welch' auffällige Erscheinung nur dadurch ermöglicht ist, dass das ganze Epithel von der Papille nicht vorgestülpt,



sondern von ihr durchbrochen wird. Die Erklärung hiefür ist in einer Wucherung an der Spitze der Papille zu suchen (Fig. II *e*), welche das Epithel (Rete Malpighi und die Hornschicht) zerstört. So kommt es, dass die Spitzen der Papillen nicht durch das gewöhnliche (normale) Cylinderepithel als letzte Schicht des Rete, sondern durch jene Schichte begrenzt werden, bis an welche diese Spitzenwucherung reicht. Mitunter erscheint die Papille sogar gleichsam wie durch die darüber streichende Hornschicht abgestutzt. Diese Wucherungen in den Spitzen der Papillen sind in der Nähe der kleinzelligen Granulationen am deutlichsten zu erkennen.

Es drängt sich nun nach dem Gesagten die Frage auf, ob etwa die kleinzellige Granulation der Coriumgrenze mit dem Auftreten der Papillarspitzenwucherung in ursächlichen Zusammenhang zu bringen sei. Nachdem sowohl in Heerden minder intensiver Wucherung als auch hauptsächlich in der Umgebung der intensivsten Erkrankung derartige wuchernde Papillen zu finden sind, so ist die Annahme nicht gestattet, dass gleichwie die Spitzenwucherung bei geringeren Reizen auf Kosten der Malpighischen Schichte emporgedrungen ist, dort, wo gewisse Krankheitsmomente eine stärkere Wucherung veranlassen und die starre Hornschicht nicht durchbrochen werden kann, sich die Zellenneubildung an Stellen geringerer Resistenz ausbreiten wird, was wieder auf Kosten des Rete Malp. namentlich seitlich der Papillen geschehen muss. Diese Annahme dient zur Erklärung, dass bei starkem Reize und entsprechendem Widerstande, die Zellbildung rascher vor sich geht, dass sich a) die Zellen schneller vermehren und deshalb kleinergestaltet erscheinen, b) dass die kleinzellige Granulation im Corium, gleichwie die Spitzenwucherung der Papillen nach oben (Hornschicht) an ausgetrockneten platten Zellen grenzt, c) dass im vorgeschrittenen Stadium des Krankheitsprocesses die Papillen zu Grunde gegangen sind, und d) dass die untere Epithelschichte seitlich in's Exsudat hineinragt.

Die Epithelgrenze verhält sich entsprechend den verschiedenen Stadien der Erkrankung wie folgt: Die Grenze der kleinzelligen Granulation ist nach oben nicht genau zu markiren, indem einzelne ihrer Elemente bis an die freie Oberfläche reichen, und indem das zwischen den Zellen freiliegende Gewebe durch körnigen und fettigen Zerfall undeutlich erscheint. Das im normalen Ge-



webe deutlich sichtbare succulente Cylinderepithel, welches die unterste Schichte des Rete Malp. bildet, wird entsprechend den kranken Plaques unscheinbar niedrig, kleiner und mitunter entsprechend den verstrichenen Papillen selbst ganz glatt, dasselbe reicht in der Gegend der intensivsten Erkrankungen mitten in das Exsudat hinein. An einzelnen Stellen der Plaques findet man vom Corium aus Wanderzellen in die untersten Schichten des Rete Malpighi eindringen, welche dergestalt die sonst nach unten scharf begrenzte Epithelgrenze verwischen und in ihren Contouren verändern.

Die makroskopisch veränderte Schleimhautpartie der idiopath. Plaque, die durch die früher geschilderte weisse Farbe dem Bilde der Erkrankung ihr charakteristisches Gepräge gibt, und die schon a priori eine wichtige Veränderung im Epithel vermuthen lässt, zeigt in ihrem entwickelten Stadium folgendes histolog. Verhalten. Oberhalb der kleinzelligen Granulation ist das ganze Epithel, wie schon erwähnt, hornschichtartig geworden, ja man kann oft bloss eine unauflösbar molecular verfettete, hie und da grössere unregelmässige Schollen enthaltende, dünne, beiläufig 0·04 Mm. zeigende Schichte unterscheiden (Fig. II *b*, *c*). Nur einige grosse verfettende blassgefärbte Kerne zwischen den Wucherungszügen und dem Epithel zeigen von der Zerstörung der Malp. Schicht. Das Epithel ist demnach hier gänzlich atrophirt und dies gibt sich auch makroskopisch durch die in der Symptomatologie geschilderten und in einzelnen Krankheitsfällen besonders hervorgehobenen narbenartigen Stellen in den Plaques kund. An jenen Partien, wo die Wucherung im Corium nicht so massenhaft ist, erscheint das Epithel weniger verändert, oft besteht die unterste Schicht auch aus platten Zellen, die jedoch nicht wie an den früher geschilderten Stellen abgestorben sind, die demnach durch Hämatoxylin und Carmin gefärbt werden. An den meisten Stellen jedoch folgen auf die noch vorhandenen Cylinderzellen, 2—3 polyedrische Zellschichten, die aber nach oben zu bald vertrocknen, zunächst aber noch nicht platt geworden, geschrumpft und zum Theil verfettet erscheinen, diese werden schliesslich von einer verdickten Hornschichte überlagert. Das Epithel ist hier demnach im Durchschnitt absolut verdickt, in der Stärke von 0·2—0·3 Mm. (Fig. I *b*). Die Schichte ausgetrockneter jedoch noch nicht abgeplatteter Zellen wurde als eine für den Process charakteristische selbst-



ständige Schicht angesehen (Nedopil), was jedoch nach dieser Darstellung unrichtig erscheint. Solche verdickte Stellen geben im Verein mit der Zellenwucherung im Corium, welche die Gefässe comprimirt, die makroskopisch wahrnehmbare Verdickung, das opake Aussehen und die weissliche Färbung der Plaques ab: dies erklärt auch, dass die schlechter ernährten und schliesslich abgestorbenen oberflächlichsten Schichten mitunter abgestossen werden, was jedoch für den Process selbst, durchaus nicht als charakteristisches Moment zu betrachten ist.

Der eben angeführte histologische Befund erklärt zur Genüge die Veränderungen der Schleimhaut bei der idiopathischen Plaquebildung. Die Erkrankung hat demnach ein charakteristisches Gepräge, das in einer intensiven kleinzelligen Wucherung sich ausspricht, ein Befund der mit dem histologischen Verhalten syphilitischer Productionen manche Aehnlichkeit aufweist, so dass man bei Prüfung eines derartigen Objectes auf den ersten Blick sich zu der Annahme verleiten lassen könnte, in einem fraglichen Falle ein für beide Processe identisches Bild zur Beurtheilung vorzufinden. Doch diese Annahme ist eine ungerechtfertigte. Wir finden wohl bei den syphilitischen Erkrankungen die Gefässwand der Capillaren mit zahlreichen Kernen und einer Reihe von Zellen umgeben, die an Grösse und Beschaffenheit den weissen Blutkörperchen gleichen, und die in grösseren Strecken als Zellenanhäufung längs der Gefässe sich vorfinden (Biesiadecki[1]). Am deutlichsten ist die Zellenwucherung an der Adventitia jener Gefässe, die zur Papille ziehen, ihr Lumen ist verengt, während das der Capillaren in der Papille etwas erweitert erscheint (Biesiadecki). Mitunter erscheinen wieder die Blutgefässe in ihrem Lumen nicht verändert und die relativ geringe Betheiligung der Gefässe (Kaposi[2]) spricht sogar dafür die syphilitische Papel nicht als eine „Entzündung im engeren Sinne, sondern als eine die obere Schichte des Corium und der Papillarschichte durchsetzende

---

[1]) Beiträge zur physiologischen und pathologischen Anatomie der Haut. Sitzungsbericht der kaiserl. Akademie, Wien, 1867, 56. Bd. 1. u. 2. H.

[2]) Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute. Wien 1874, II. Th. p. 97.



zellige Infiltration zu betrachten.“ Diese Befunde lehren demnach ein vollkommen differentes Verhalten zwischen der syphilitischen und idiopathischen Plaquebildung, da bei letzterer die Gefässe im Verlaufe der Exsudation theils comprimirt und theils zu Grunde gegangen sind. — Ein Gleiches ist es um das Verhalten des Papillarkörpers, das wir oben eingehend geschildert haben, indem derselbe bei der syphilitischen Papel, selbst bei massiger Zelleninfiltration, nicht vollständig untergegangen ist, sondern durch stellenweise mässige Einbuchtungen der Schleimschichte angedeutet bleibt (Kaposi). Doch auch in den vorgeschritteneren Stadien der Erkrankung ist ein verschiedenes Verhalten zwischen beiden Processen wahrzunehmen, indem bei der Leucoplakie die kleinzellige Wucherung im Epithel keine Neigung zur Verkäsung und raschem Zerfall der Elemente mit nachfolgender Geschwürsbildung (ausser zur krebsigen Entartung) zeigt, im Gegentheil, der oft unbedeutenden Zellenvermehrung im Corium entspricht oft die mächtigste Epithelverdickung. Trotz des Gesagten wollen wir zugeben, was auch die klinische Beobachtung lehrt, dass ein durch syphilitische Erkrankung gesetzter Reiz den Anlass zur kleinzelligen, der idiopathischen Erkrankung angehörigen Wucherung gibt; doch kann man, sobald es zur wahren Leucoplakie gekommen, annehmen, dass dieses Infiltrat eine durch antisyphilitische Behandlung nicht mehr zu tilgende Gewebsveränderung betrifft, und demnach eine nicht mehr der Syphilis zugehörige Form vertritt.

Viel weniger Analogien mit dem Verhalten der Gewebe bei der Leucoplakie bietet die Psoriasis der allgemeinen Decke, und es erübriget noch, einige, aus dem histolog. Verhalten dieses Hautleidens sich ergebende und auf die Bezeichnung Bezug habende Bemerkungen hier anzufügen [1]). Ich habe zum Zwecke der Vergleichung beider Processe, Hautstücke von Kranken excidirt und selbe in Carmin und Hämatoxylin gefärbt untersucht, wobei ich nachfolgende Befunde constatiren konnte (Ocul. 3, Immersion 10): Die Zellenwucherung beginnt im Corium und hält sich nach dem Verlaufe der Gefässe, die aus dem Corium in die einzelnen Papillen eintreten, wo die Wandungen der Capillaren von zahlreichen Zellen durchsetzt sind. Die einzelnen Zellen sind sammt ihren Kernen deutlich zu sehen,

[1]) Vgl. d. I. Artikel in dies. Vierteljahrschrift 1877. p. 528.



und durch kleine Interstitien von einander geschieden; ausser den Gefässwandungen sind noch die Papillen selbst von solchen Zellen in grosser Menge durchsetzt, u. z. in ziemlicher Gleichmässigkeit, so dass man die einzelnen Papillen sowohl in ihrem Spitzentheil als in ihrem Längs- und Querdurchmesser in ganzer Ausdehnung von den Zellen erfüllt, findet. Eine charakteristische Spitzenwucherung in der Papille auf Kosten des übrigen Theiles derselben ist nicht zu bemerken. Das Rete Malpighi enthält gleichfalls zahlreiche Zellen, namentlich reichlich an den, Papillen angrenzenden Schichten; selbes ist stellenweise zusammengedrückt, stellenweise verbreitert, so dass je nach dem getroffenen Schnitte die einzellen Papillen auf Kosten des Rete und umgekehrt besser entwickelt erscheinen. Der Vergleich psoriatischer, mit normalen Hautstücken lässt unstreitig an ersteren Stellen eine Vergrösserung und Verlängerung der Papillen erkennen, wie dies schon Wertheim und Neumann angegeben haben. Die Hornschichte ist mächtig entwickelt von dem Rete scharf abgeschieden und enthält verhornte und undeutlich gewordene Zellenlagen.

Dieser kurze histologische Befund lehrt schon einen wesentlichen Unterschied zwischen Psoriasis cutis und Leucoplakie; der Mangel einer kleinzelligen Wucherung im Corium, die deutliche und allseitige Zellenhäufung an den stets erhaltenen Capillaren, die Vergrösserung der Papillen, die deutlich entwickelte Epithelgrenze u. s. w. gehören wohl einem andern Processe an, als wir ihn bei den idiopathischen Plaques gefunden. Doch auch makroskopisch ist die Analogie nur eine scheinbare und es genügt nur einige klinische Momente vor Augen zu halten um sich zu überzeugen, dass wir bei der Psoriasis einen ganz andern Krankheitsvorgang als bei der Leucoplakie vor uns haben. So ist die reiche Schuppenbildung und die stete Desquamation ein stetes Attribut der Psoriasis, während bei der Leucoplakie erstere nur bedingt, letztere kaum deutlich entwickelt, in der Mehrzahl der Fälle fehlend ist. Die Hyperämie im Corium ist wohl da und dort vorhanden, doch die leichte Blutung bei der Loslösung der dem Rete aufliegenden Epidermislamellen, kommt bei der Schleimhauterkrankung nicht zur Wahrnehmung, hier ist die Infiltration ein gleichmässiger, das ganze Epithel bis in seine äussersten Schichten durchsetzender Vorgang, der auch keine merkliche Schuppenerzeugung veranlasst,



dafür aber Rhagaden und Ulcerationen mit sich bringt. Auch die spontane Involution und die durch therapeutische Eingriffe zu erzielende Heilung bildet ein für die Psoriasis ganz eigenartiges Moment, sowie andererseits eine carcinomatöse Veränderung psoriatischer Plaques bisher nicht beobachtet wurde.

Wir finden demzufolge keinen Grund, eine idiopathische Schleimhauterkrankung mit der Bezeichnung Psoriasis zu belegen, welche mit dem zum Ausgangspunkt für die Benennung gewählten gleichfalls idiopath. Hautleiden keinerlei massgebende Analogien besitzt; denn die weisse Färbung der Plaques oder die leichte Epithelablösung allein, die wir jedoch auch nur als eine sehr beschränkte gelten lassen müssen, sind bei einer eingehenderen Vergleichung und Prüfung, in Rücksicht auf die vielen Differenzen in Entwickelung, Verlauf und Ausgang der beiden pathologischen Formen nicht zutreffend. Will man jedoch die Bezeichnung „Psoriasis" für eine symptomatische u. z. syphilitische Erkrankung der Mundhöhlenschleimhaut beibehalten, so kann man es thun, obgleich ich nicht einsehe, warum man die bekannten Benennungen: Plaques opalines, Milchflecken, Epitheltrübungen u. s. w. als alteingebürgerte Termini umzustossen wünscht. Für die uns beschäftigenden chronischen Erkrankungen aber, geht man nach meiner Ansicht viel unbefangener vor, wenn man alle Momente, die keine befriedigenden Aufklärungen bieten, bei Seite lässt, und lieber eine Bezeichnung wählt, die streng objectiv dem pathologischen Bilde entspricht. Ob die von mir vorgeschlagene allen Auffassungen genügt, kann ich wohl nicht bestimmen, so viel steht jedoch fest, dass ausser mir auch viele andere Autoren die Bezeichnung Psoriasis sowie Ichthyosis entschieden für unrichtig halten (Fairlie Clarke, Auspitz, Devergie u. A.).

Betreff der fehlerhaften Bezeichnung Ichthyosis für die in Rede stehende Krankheitsform brauchen wir wohl nicht viel Worte zu verlieren. Ein Hautleiden, welches, abgesehen von der starken Epidermisbildung, durch excessive Vergrösserung der Papillen und Erweiterung der Capillaren ausgezeichnet ist, kann doch nicht zum Massstab für die Beurtheilung einer Affection gewählt werden, die wesentlich entgegengesetzte Charaktere darbietet und selbst wenn wir die histologischen Distinctionen bei Seite lassen, zeigt schon der makroskopische Befund, dass die verdickten Epithellagen



und selbst die zu polygonalen Feldern eingetheilte Oberfläche derselben nicht genügen um eine Schleimhautichthyosis zu statuiren.

Was noch schliesslich das histologische Verhältniss der Leucoplakie zum Carcinom anlangt, so wäre es wichtig zu wissen, welche Elemente den Uebergang in die deletäre Bildung vermitteln, mit anderen Worten, ob die Zellen des Carcinoms aus dem Epithel- oder dem Bindegewebslager der Plaques entstehen. Darüber lässt sich nun Folgendes bemerken. Bei reiner Leucoplakie lässt sich ein selbstständiges Wuchern der Epithelschichten nicht feststellen, selbe verhalten sich im Gegentheil auffallend passiv, denn die oft bedeutendere Verdickung derselben kann man durchaus nicht einer stärkeren Wucherung, sondern eher der festen Aneinanderfügung und dem Anhaften der oberflächlichsten Schichten im Epithel zuschreiben. Auch dort wo Letzteres in seiner unteren Grenze zu wuchern scheint, kann man immer beobachten, wie von unten her eindringende junge Bindegewebselemente die Zellen des Rete Malpighi durchbrochen und durcheinandergeworfen haben; die charakteristischen Granulationszellen bieten ferner auch keine Uebergänge zu den Epithelzellen. Wir finden demnach das Epithel keineswegs in auffälliger Weise an dem Processe betheiligt, wollen aber dennoch nicht behaupten, dass in einzelnen Fällen selbes nicht stärker in Action trete. Bei neben Leucoplakie entwickeltem Krebse sieht man nämlich mitten im Corium Zellen vorkommen, die man eher als Epithel denn als Bindegewebszellen bezeichnen könnte, ohne in's Bindegewebe continuirlich überzugehen, waren in einem solchen Falle selbe stets gruppenweise zu finden, und konnte man durch lückenlose Schnittreihen den Zusammenhang derselben mit Krebsnestern und Epithelgrenze constatiren. Ein derartiger Befund spricht eher für den epithelialen Ursprung dieser Zellgruppen, womit wir aber nicht bestreiten wollen, dass andere Befunde auch eine andere Ableitung der epithelialen Entwicklung gestatten würden, obgleich sie der heutigen histologischen Kenntniss zu Folge schwerer zu rechtfertigen sind.

Dass idiopathische Plaques der Mundschleimhaut in Carcinome übergehen können, ist demnach klinisch wie histologisch ganz zweifellos entschieden, ein Gleiches ist jedoch von syphilitischen Plaques absolut nicht zu behaupten. Wohl wurde von einzelnen Beobachtern angegeben, dass sich Carcinome aus syphilitischen



Zungenplaques bilden können, diese Angaben sind jedoch vereinzelt und viel zu wenig specificirt, als dass man nicht der Vermuthung Raum schenken könnte, dass solche Fälle sich vielleicht auf idiopathische Plaques solcher Individuen beziehen, die früher an Syphilis gelitten hatten; ein directer Uebergang von syphilitischer Production zum Carcinom ist wohl nicht genau erwiesen.

Aetiologie.

Die Ursache der Leucoplakie in allen Fällen genau anzugeben dürfte wohl etwas schwer fallen, und wir müssen uns über das Entstehen dieser Erkrankung, trotzdem wir deren klinisches Verhalten kennen und über ihre histolog. Einzelheiten im Klaren sind, zumeist nur auf Vermuthungen beschränken. Bei dem Umstande, dass das Leiden kein häufiges ist und die Beobachtung vieler Fälle übereinstimmende Ursachen aufzuweisen scheint, dürfen wir als krankheitserzeugende Momente wohl nur solche Einflüsse gelten lassen, welche die Schleimhaut in directer Weise afficiren. Wir können aber auch nicht bestreiten, dass entfernter liegende Einflüsse wohl auch zur genannten Erkrankung beitragen oder selbe indirect veranlassen können. Um nun diese Momente zu prüfen, wollen wir die uns zu Gebote stehenden Angaben nach unseren Beobachtungen näher betrachten. In allen Fällen, die ich in der Casuistik dieser Arbeit zusammengefasst, finden wir die Frage betreff der Ursache der Affection besonders betont, und in jedem einzelnen Falle habe ich auch die Antwort beigefügt, die theils als eine von den Patienten herrührende plausibel erschien, oder die ich als Wahrscheinlichkeitsursache anzuführen für richtig glaubte; trotzdem fehlte für manche Fälle selbst dieses Moment und ich erwähnte zum Oeftern „der Grund und die Ursache der Erkrankung erschien vollkommen unklar.“ An realen ätiolog. Momenten wäre zu bezeichnen a) die Einwirkung von Seite des Verdauungstractes, b) der Einfluss des Tabakes, c) die syphilitische Diathese.

a) Es ist bekannt, dass die Erkrankung des Verdauungskanals, namentlich des Magens, sehr häufig mit sichtbaren Veränderungen der Mundschleimhaut und speciell der Zunge einhergeht. Die neueren Pathologen haben wohl die unrichtige Auffassung

älterer Aerzte, dass das Aussehen der Zunge einen Rückschluss auf das Verhalten der Magen- oder der Darmschleimhaut gestattet als unrichtig zurückgewiesen; nichtsdestoweniger ist es richtig, dass das umgekehrte Verhalten besteht und Magenkatarrh sehr häufig mit Mundkatarrh sich vergesellschaftet [1]). An der Zunge gibt sich dies durch Veränderung ihrer Oberfläche kund und der Zungenbelag zeigt eine weissliche, gelbliche oder auch bräunliche Färbung, welche durch die Vertrocknung des Epithelialstratums bedingt wird, indem die gestörte Verdauung geringeren Appetit und mangelnde Zufuhr von Nahrungsmitteln, welche das Kauen anregen, verursachen und dadurch die Epithelien in ihrer beständigen Erneuerung beeinträchtigen. Der Zungenbelag ist auch nicht immer gleichmässig zu finden, mitunter sind die Seitentheile, manchmal mehr die Spitze der Zunge von dem Belage bedeckt, was darauf hindeutet, dass das Epithel auf den Zungenpapillen sich mehr oder weniger reichlich vorfindet, das stellenweise fester, stellenweise wieder lose haftend, auch verschiedenartig abgestreift werden kann. Unter solchen Verhältnissen kann es zu lange dauernden Epithelauflagerungen und Verdichtungen kommen, wodurch die Schleimhaut zu weiteren Erkrankungen disponirt wird. In diesem Sinne darf man es auch nicht für unmöglich halten, dass eine länger dauernde Erkrankung der Magenschleimhaut (chronischer Katarrh), welche den gleichen Zustand in der Mundhöhle unterhält mit Erkrankung des Epithels und anhaltender Epitheltrübung endigt. In den Krankengeschichten VI und X war ein derartiges Verhalten ganz bestimmt nachzuweisen; es sind auch die wenigen Fälle, wo eine Involution der Epitheltrübung mit Besserung des Magenleidens nachzuweisen war [2]). Wir können demnach für gewisse, zumal die

[1]) Bekannt ist der von Beaumont mitgetheilte und in allen physiologischen Lehrbüchern citirte Fall des mit einer Magenfistel behafteten canadischen Jägers St. Martin, bei welchem die innigen Beziehungen, in welchen die Mund- zur Magenschleimhaut steht, auch dadurch bewiesen wurden, dass sehr häufig die Veränderung an der Schleimhaut des Magens eine ähnliche an der des Mundes zur Folge hatte.

[2]) Dr. E. Hertzka, Badearzt in Carlsbad, theilte mir vor kurzem eine Beobachtung mit, die eine an Leucopl. linguae leidende Frau betraf, die wegen eines chron. Magenleidens eine Trinkkur unter seiner Aufsicht durchmachte, und bei der mit Abnahme des Magenübels eine Besserung der Zungenerkrankung eintrat.



leichteren Fälle von Leucoplakie, die etwaige Erkrankung des oberen Verdauungstractes als ein prädisponirendes Moment nicht ausschliessen, wenngleich uns vorderhand der eigentlich directe Zusammenhang nicht ganz klar erscheint.

b) Die Einwirkung des Tabaks in der Form des Cigarren-, Cigarretten- und Pfeifenrauchens ist von vielen Beobachtern als eines der häufigsten ätiolog. Momente nicht mit Unrecht hervorgehoben worden. Der Einfluss des Tabakrauchens ist ein direcct auf die Schleimhäute wirkender, der ohne Zweifel in den chemischen Bestandtheilen des Tabaks selbst liegt. Ein englischer Chemiker (Johnston) hat schon vor vielen Jahren nachgewiesen, dass ausser einem flüchtigen Oel und einem flüchtigen Alkali (Nicotin), die in den Blättern der Nicotiana enthalten sind, noch ein empyreumatisches Oel beim Destilliren des Tabaks in einer Retorte oder beim Verbrennen in der Pfeife aufzufinden ist. Diese drei Hauptbestandtheile sind in veränderlichen Mengen in dem Rauch des Tabaks enthalten, gleichviel in welcher Form derselbe verbrennt, in jedem Falle kommen aber diese schädlichen oder wenigstens stark reizenden Stoffe, die nach anderen Untersuchungen noch kohlensaures Ammoniak und Blausäure (Vogel), sowie Carbolsäure (Ludwig) enthalten, beim Rauch in den Mund und werden je nach der Gewohnheit des Rauchens kürzer oder länger im Munde zurückbehalten. Derartige irritative Stoffe können bei zarterer Schleimhaut, bei anhaltender Einwirkung auf dieselbe oder anderweitiger Disposition des Individuums, leicht zu vorübergehenden oder anhaltenden Trübungen des Epithels mit nachfolgenden Veränderungen desselben führen.

Bei der bei uns zu Lande häufigen Gewohnheit des Rauchens sieht man öfter die vom Rauchen bedingte leichte, bläulichweisse Färbung an den Mundwinkeln, seltener an der Zunge, der man keinerlei Beachtung zu schenken gewohnt ist, nur in den zur pathologischen Umwandlung führenden Fällen gewinnt das anscheinend geringe Uebel erst einige Bedeutung, doch darf man dieses Moment nicht in seinem eigentlichen Wesen überschätzen. Unter den 20 Fällen meiner Beobachtung waren 7 Individuen mässige, 5 starke Raucher, bei 2 war Tabakkauen statt des Rauchens zu constatiren, in 6 Fällen jedoch die erkrankten Individuen ans Rauchen nicht gewöhnt oder hatten überhaupt nicht geraucht. Diese Zahlen



sprechen wohl nur zum Theil für das ätiologische Moment des Rauchens. Bedenkt man weiters, dass bei der weitverbreiteten Gewohnheit des Rauchens die Epitheltrübungen im Vergleiche zur Menge der Raucher eine ungemein geringe Zahl darstellen, so kann man dem Rauchen auch nur einen bedingten ätiologischen Einfluss auf das Entstehen der Leucoplakie zuschreiben.

c) Die syphilitische Diathese. Was das Verhalten der Syphilis zur Entwicklung der Leucoplakie anbelangt, so befinde ich mich nach meinen Erfahrungen mit einer grossen Anzahl von Beobachtern insofern im Widerspruch, als ich die Syphilis nicht als das alleinige Moment für das Entstehen derselben anerkenne, und ich mich im Verlaufe der Arbeit nachzuweisen bemühte, dass die durch Syphilis bedingte Epithelerkrankung von einer analog erscheinenden idiopathischen vollkommen zu trennen sei; die Scheidung ist eigentlich bisher von Niemanden strenge unternommen worden, und man findet deshalb häufig eine Verquickung beider pathologischen Formen und das ätiologische Princip nicht immer scharf gewahrt. Der Grund hiefür ist insofern erklärlich, als man in der Anamnese vieler Kranken von überstandener oder noch bestehender Syphilis hört, die dann in Causalnexus mit der Plaquebildung gebracht wird und als man gewohnt ist, viele Schleimhauterkrankungen ohne strenge Wahl von einem syphilitischen Grundübel abzuleiten, selbst wenn die Anamnese keine verlässlichen Anhaltspunkte dafür bietet. Ohne in Wiederholungen mich einzulassen, betone ich hier nochmals, dass ich zur Grundlage dieser Monographie deutliche syphilitische Schleimhautleiden vollkommen unberücksichtigt gelassen und nur solche Erkrankungsformen gesammelt habe, die sich in der Form des Uebels als auch durch die Gelegenheit einer länger dauernden Beobachtung als idiopathische Zufälle erkennen liessen; doch auch die Anamnese lieferte dafür verlässliche Anhaltspunkte und selbe ergab in 20 Fällen 14mal das totale Fehlen von Syphilis, 4 mal bestand dieses Leiden unabhängig von der Schleimhauterkrankung und 2mal konnte keine genaue oder wenigstens haltbare Angabe gefunden werden. Die Leucoplakie hatte sich demnach auch in unseren Fällen manchmal bei an Syphilis erkrankt Gewesenen entwickelt und ein Fall (20) war dadurch besonders interessant, dass zur bestehenden Leucoplakie später eine zufällige Syphilis trat. Wir können demnach die



Syphilis mit der Leucoplakie in keinen directen Connex bringen, andererseits aber auch die Thatsache nicht unberücksichtigt lassen, dass Syphilis gerade ein solches Zufälligkeitsmoment abzugeben vermag, wie es die in den früheren zwei Punkten angegebenen waren.

Da nun die syphilitische Diathese in den Schleimhäuten sich sehr gerne manifestirt und die Gewebe in ihrer Structur verändert, so kann es wohl geschehen, dass eine constitutionell umgewandelte Schleimhautpartie einen Locus minoris resistentiae darstellt, auf welchem unter gewissen Umständen noch anderweitige Schädlichkeiten das Epithel modificiren, und zu bleibender Alienation führen. Dass man dieses Verhalten nur in dem angedeuteten Sinne erklären kann, lehrt schon die Thatsache, dass die Leucoplakie im Vergleich zu dem häufigen Vorkommen der Syphilis unverhältnissmässig selten vorkommt.

Ausser den in obigen Punkten angegebenen Causalmomenten, die, wie gesagt, auch nur in beschränktem Sinne als solche zu gelten haben, können wir kein weiteres triftiges Moment zur Erklärung für das Auftreten der Leucoplakie finden. Wenn man die bei den Franzosen noch heute beliebten Schlagworte einer herpetischen oder anderweitigen Dyskrasie in wissenschaftlichem Sinne gebrauchen könnte, so wäre man wohl um weitere ätiologische Anhaltspunkte nicht verlegen. So spricht Bazin[1]) von einer Psoriasis buccalis arthritischer Natur und belegt diese Ansicht durch die Mittheilung eines Falles, wo bei einem Individuum, ausser der Psoriasis der Mundhöhle noch ein mehrere Jahre andauerndes Eczem der oberen Extremitäten, Akne an der Nase und andere arthritische Zustände bestanden haben (arthropaties irregulières [!]). — Mauriac[2]) stellt mit einigen Einschränkungen 3 Formen der Schleimhautpsoriasis auf, und zwar eine Psoriasis arthritique, eine Psoriasis herpétique ou dartreux und eine Psoriasis artificiel ou provoqué. In dieser Weise ist es wohl ein leichtes die Aetiologie der Leucoplakie abzufertigen. Wir haben wohl auch in 2 Fällen neben den Schleimhautplaques eine Psoriasis idiopathica der allgemeinen Decke gesehen (IV. und VII. Krankheitsfall), können aber dieses

[1]) Affections cutanées arthritiques et dartreuses II. édition p. 204.

[2]) Le psoriasis de la langue etc. etc. Paris 1875, p. 46.



Hautleiden nur als ein zufälliges Vorkommen betrachten, gerade so, wie sich etwa Eczem, Akne, Pruritus u. s. w. neben der Leucoplakie vorfinden kann.

Was das Alter der Erkrankten anbelangt, so war nach meinen Beobachtungen der jüngste Patient 23 und der älteste 62 Jahre alt. Zwischen 20—30, sowie zwischen 40—50 Jahren kamen je 7 Fälle, im 5. Altersdecennium 4, im 3. und 6. je ein Fall zur Beobachtung. Der jüngste Patient, bei dem sich Carcinom entwickelte war 23 (XIX. Krankheitsfall), der älteste 56 Jahre alt. Diese Befunde gestatten weiters keinen Rückschluss auf die Prädisposition eines gewissen Alters, nur das ersehen wir daraus, dass unter 20 Jahren die Erkrankung nie und über 60 kaum auftritt.

Betreff des Geschlechtes ist die Wahrnehmung auffällig, dass Männer überwiegend oft von der Erkrankung betroffen werden, und das Vorkommen derselben bei Frauen zu den grössten Seltenheiten gehört. Debove[1]) hat unter 25 Beobachtungen verschiedener Autoren keine einzige eine Frau betreffende ähnliche Erkrankung gesehen, und Nedopil[2]) sagt darüber: „Weder auf der Klinik noch in der Privatpraxis des Prof. Billroth wurde bisher ein Fall von Psoriasis buccalis bei Frauen beobachtet.“ Von den bekannten Fällen sind blos der von mir (Fall XIII) und von Weir (v. oben) angeführte als genau constatirte anzusehen, die nebst der Genital- noch die Mundhöhlenschleimhaut afficirte. Wenn man nun die Immunität der Frauen im Allgemeinen auf das fehlende Moment des Rauchens zurückführen wollte, so spricht schon die Erkrankung der Vulva dafür, dass darauf kein allzugrosses Gewicht zu legen sei.

Therapie.

Krankheitsformen, die zu langwierigen und bösartigen Uebeln sich umzuwandeln geneigt sind, fordern die Aufmerksamkeit des Arztes in um so höherem Grade heraus, als es die Aufgabe desselben ist, nicht nur ein beginnendes Uebel im Keime zu ersticken, sondern auch dem Fortschritt desselben so viel als möglich zu

[1]) l. c. p. 24.
[2]) l. c. p. 356.



steuern. Wenn man diesen Postulaten gerecht werden kann, so wird man auch den richtigen Weg zur Behandlung einschlagen, wenn auch unserer heutigen Kenntniss des Uebels nach, nicht immer den erfolgreichen.

Wollen wir von Vorsichtsmassregeln zur Verhütung dieser Erkrankung sprechen, so können wir darunter nur verstehen, dass man bei krankhaften Erscheinungen an den Schleimhäuten im Allgemeinen trachten soll, alle Schädlichkeiten, welche eine bestehende Affection zu verschlimmern vermögen, strenge zu vermeiden. Patienten, welche wegen bestehenden Magen- und Mundkatarrhes, wegen überstandener Syphilis oder wegen anderer die Constitution stark schwächender Zufälle eine grössere Empfindlichkeit der Mundhöhlenschleimhaut oder gar ein anhaltendes Uebelbehagen an derselben wahrnehmen, werden gut thun, allen reizenden Nahrungsmitteln und Getränken für so lange zu entsagen, bis selbe wieder anstandslos vertragen werden, und dem Genuss des Rauchens entweder nur in ganz mässigem Grade sich hinzugeben oder selbes auch für eine gewisse Zeit zu suspendiren. In dieser Weise wird sich die Disposition einer empfindlichen Schleimhaut zu einer intensiveren Affection vielleicht abschwächen lassen und dadurch die Möglichkeit gegeben werden, eine nachhaltige Erkrankung, die vielleicht zur Leucoplakie führt, hintanzuhalten. Findet man an irgend einer Stelle der Schleimhaut erythematöse Stellen von einer gewissen Persistenz und dem früher geschilderten Aussehen, dann wird es gerathen sein, durch zusammenziehende Mundwässer (Ratanhia, Alaun oder Zinklösung u. s. w.) und grosse Reinlichkeit das Verhalten der Schleimhaut zu bessern. Bei leichteren Excoriationen kann man durch zeitweiliges geringes Bestreichen mit dem Lapis eine schützende Decke bilden, dadurch die Ueberhäutung der Substanzverluste beschleunigen und die gewöhnlichsten durch die Nahrungsaufnahme bedingten Reize, die der Heilung abträglich sind, mildern. In dieser Weise dürfte es gelingen, ein verdächtiges Uebel in seiner Entwicklung zu hemmen, eine etwaige Zunahme desselben zu begrenzen oder auch die Hartnäckigkeit gewisser Veränderungen umzustimmen.

Gewöhnlich pflegt aber, wie wir in der Nosologie der Leucoplakie angeführt haben, sowohl die krankhafte Disposition der Schleimhaut als auch die im Entstehen begriffene Affection nicht beson-



ders berücksichtigt zu werden und damit bleibt dann jenes Stadium des Uebels, das den Ausgang des späteren Leidens bildet, eigentlich sich selbst überlassen. Es wäre geboten, diesem eine etwaige Erkrankung einleitenden Momente eine besondere Berücksichtigung zu schenken, weil man dann vielleicht eher in die Lage käme, einen Zustand erfolgreicher zu bekämpfen, der in ausgebildeten Fällen der bisherigen Therapie keinen bedeutenden Spielraum gestattet.

Wenn Patienten mit entwickelten Plaques zur Behandlung kommen und wir eines der in der Aetiologie angeführten Momente als mit dem Uebel im Zusammenhange stehend mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit nachweisen können, dann ist es geboten, nach den Causalindicationen vorzugehen; dergestalt können durch Magenleiden bedingte Plaquebildungen mit Heilung des erstern zur Involution gelangen. In einem Falle (VI. Krankengeschichte) hatte ich wie schon oben erwähnt, Gelegenheit mit Besserung des Magenkatarrhes eine Involution der Plaques an der Zunge zu beobachten, während die Wangenplaques unverändert blieben, und in einem zweiten ähnlichen (X. Krankengeschichte) war ein analog günstiges Resultat betreff der geringen Zungenplaques zu finden. Diese therapeutischen Erfolge wären vielleicht die einzigen, wo eine innerliche Medication allein eine Heilung ermöglicht. Plaques, die sich nach vorausgegangener Syphilis entwickelt haben, die jedoch in dem von uns früher erörterten Sinne zu deuten sind, verhalten sich, sobald die Syphilis getilgt erscheint, gegen ein weiteres antisyphilitisches Verfahren vollkommen indifferent, und man wird gut thun, Fälle dieser Art genau zu prüfen, um nicht den Kranken unnöthigen Kuren zu unterziehen, die für den Organismus ganz nutzlos, die Schleimhautaffection gewiss nicht zur Heilung zu bringen vermögen. Ich habe nämlich die Erfahrung gemacht, dass Mercurialkuren in vielen Fällen direct schädlich sind und dass die auf gewisse antisyphilitische Mittel leicht auftretende Erkrankung der Mundhöhlenschleimhaut zur Irritation und Verschlimmerung der Plaques führt [1]).

[1]) Während der Correctur dieser Arbeit kam ein 30 Jahre alter Mann mit ausgebreiteten Zungenplaques zur Behandlung, nachdem er während eines ganzen Jahres, durch eine Jod-, Schmier- und 2monatlicher Brunnenkur



Entsprechend dem Wesen der Leucoplakie bleibt für alle Fälle, wo directe Reize oder andere aus unbekannte Ursachen zur Leucoplakie geführt haben die örtliche Behandlung am rationellsten und ihr dürfte es unter Umständen vielleicht gelingen die Heilung des erkrankten Epithels zu ermöglichen. Die Alkalien sind bekanntlich solche Mittel, welche das Epithelgewebe umzustimmen, in concentrirter oder caustischer Form sogar zu zerstören vermögen. Wir werden demnach von ihnen einen derartigen Gebrauch machen, wie selbe unsern Heilzwecken entsprechen, indem wir sie in Form alkalinischer Lösungen als Mund- und Gurgelwässer, verabreichen. Ich habe in vielen Fällen Natronlösungen gebrauchen lassen, mit oder ohne Zusatz eines schmerzstillenden Mittels (Natron carbon. 10·0, Aq. destill. 300,0, Tct. laud. simplicis 3·0—5·0) und habe gefunden, dass selbe besser vertragen werden, als etwa das in bekannter Dosirung gebrauchte Chlorkali. In gleichem Sinne habe ich alkalische Wässer, (Biliner, Emser), hie und da auch alkalisch- salinische (Carlsbader Mühl- oder Schlossbrunnen) als Mundwässer benützen lassen, doch konnte ich leider bisher von keiner dieser Kurmethoden einen dauernden Erfolg verzeichnen; ich muss jedoch andrerseits bemerken, dass sehr oft Patienten diese Behandlung aussetzten, nachdem eine merkliche Besserung in deren Befinden eingetreten war und dass ich demzufolge nicht zu bestimmen vermochte, ob eine derartige Therapie, anhaltend und gleichmässig gebraucht, nicht von dem zufriedenstellendsten Erfolge begleitet gewesen wäre. Einzelne französische Aerzte, namentlich Bazin, berichten, dass ihnen Eau de Vichy und Eau de St. Christau, auch alkalinische Wässer, bei der Psoriasis membr. mucosae sehr befriedigende Dienste geleistet haben.

Diese Behandlungsart hat demnach nicht nur eine rationelle Begründung, sondern auch einen zum Theil positiven Erfolg aufzuweisen. Es fragt sich nun, ob nicht eine energische

---

in Lippik sich fruchtlos um die Heilung seines Uebels bemühte. Pat. früher gesunder und kräftiger Constitution, nie syphilitisch, hatte als Erfolg dieser Behandlungsarten 30 Pfund an Körpergewicht verloren und aus 3—4 isolären Plaques von Linsengrösse eine nahezu die ganze Zunge einnehmende Ausbreitung derselben erfahren. In diesem nicht vereinzelt dastehenden Falle wird die Stärkung der Constitution ein ebenso wichtiges Desiderat der Behandlung sein, als es die locale Therapie ist.



Behandlung, welche eine Zerstörung der Plaques beabsichtigt, der genannten resolvirenden Methode vorzuziehen wäre. Meine Erfahrung hat mich gelehrt, dass in allen Fällen, wo eine von anderen Aerzten geübte Cauterisation der Plaques etwa mit T. Jodi oder Lapis in Substanz vorgenommen wurde, oder dort wo ich diesen Vorgang selbst geübt habe, ein günstiges Resultat nicht zu erzielen war. Ich kann demnach einer mit caustischen Mitteln unternommenen Therapie durchaus nicht das Wort reden, es scheint, dass man hiedurch nur die Irritation steigert und den Fortschritt der Leucoplakie begünstigt. Devergie[1]) hat in jüngster Zeit sich für die Cauterisation mittelst einer Quecksilberlösung (protonitrate de Mercure) ausgesprochen, die nach 3—4 maliger Application die Zungenplaques zur Resorption bringen soll, mir stehen darüber keine selbstständigen Erfahrungen zu Gebote, und ich kann, was den Modus der Behandlung betrifft, nach meinen Wahrnehmungen gegen dieselbe nur skeptisch mich verhalten.

Auch das operative Eingreifen hat seine bestimmte Indication. Man wird wohl nicht leicht einen Patienten dazu vermögen, die einfachen Plaques sich exscindiren zu lassen, so lange dieselben nicht viele Beschwerden verursachen, und selbst dann sind sie nicht immer durch eine bösartige Umwandlung veranlasst, denn der Uebergang der Plaques zu Carcinom erfolgt nicht in jedem Falle; kommt es aber dazu, so hat das chirurgische Vorgehen wohl seine Berechtigung, nur pflegen die Kranken sich gewöhnlich spät zur Vornahme einer Operation zu entschliessen, und darum feiert die Chirurgie bei diesen Eingriffen nicht ihre sonstigen berechtigten Triumphe. Oft aber vermag selbst eine zur Zeit vorgenommene Operation den üblen Ausgang nicht zu verhüten, der in Folge eines Recidivs an operirter Stelle oder einer sympathischen Carcinombildung in den nächstgelegenen Drüsen leider dennoch einzutreten pflegt.

[1]) Union médicale 1876 Nr. 153.



Erklärung der Abbildungen.

Tafel III. Fig. 1.

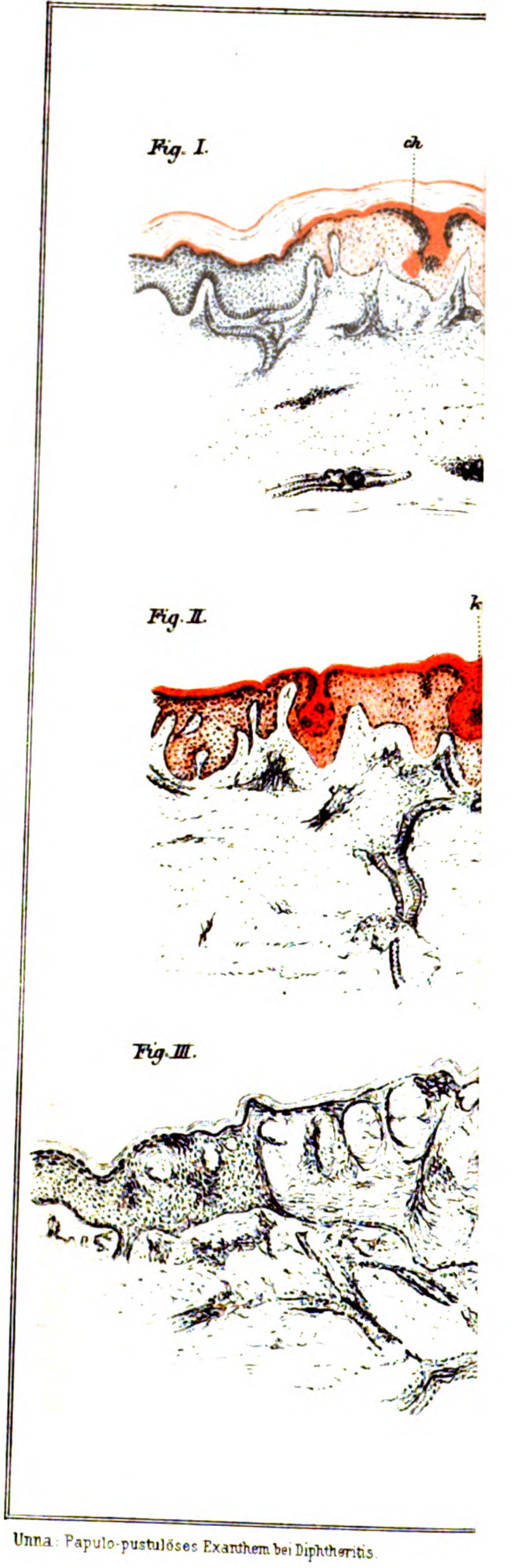
Durchschnitt einer an Leucoplakie erkrankten Zungenparthie.

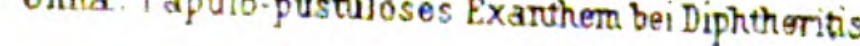
a kleinzellige Granulation das Exsudat an der Epithelgrenze darstellend,
b verdicktes Epithel, die eigentliche Plaquebildung betreffend.
c Zellenwucherung im Papillarkörper, die sich hauptsächlich an der Spitze der Papille kundgibt.
c—c ein Theil der Schleimschichte mit zerstörtem Papillarkörper.
d Gefässe im Corium, nach deren Verlauf zumeist die kleinzellige Infiltration erfolgt.
e Granulationszellen im Corium.
f Schleimdrüsen mit theilweiser Proliferation.
g Arterie und Vene im subcutanen Bindegewebe.
h Relativ normales Epithel mit vollkommen erhaltenen Papillen.

Tafel III. Fig. 2.

Ein Theil der Plaques bei starker Vergrösserung (Object. 9, Immersion, camera lucida).

a verdickte Hornschichte einer stark entwickelten Parthie des Plaque.
b Hornschichte oberhalb der kleinzelligen Granulation mit einzelnen glänzenden Schollen (*c*).
d Granulationszellen bis ins Epithel vordringend, aus der Umgebung einer stark wuchernden Papille (*e*).
f Seitliche Grenze der kleinzelligen Granulation (Exsudat).
g Untere Epithelgrenze, deren Zellen zum Theile durch aus der Schleimschichte heraufdringende Granulation auseinandergeworfen, rechts (im Bilde) abgeplattet, links durch das kleinzellige Exsudat zerstört worden sind.
h Gefäss im submucösen Gewebe, von dem aus nach links ein von dichter Granulation umgebener Zweig (*i*) gegen die kleinzellige Exsudation hinzieht.




Unna: Papulo-pustulöses Exanthem bei Diphtheritis.





ıt über die Leistungen

auf dem

ɘr Dermatologie und Syphilis.

Fig. I.

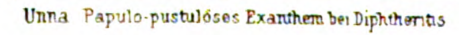
ch

Fig. II.

kr

Fig. III.

Unna Papulo-pustulöses Exanthem bei Diphtheritis



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

8*



Syphilis.

1. **Grünfeld.** Die Formen des Harnröhrentrippers und die endoskopischen Befunde derselben. (Wiener med. Jahrbücher IV. Heft 1877.)
2. **Grünfeld.** Ein Fall von Harnröhrenpolypen seltener Grösse, diagnosticirt und operirt mit Hilfe des Endoskops. (Wiener med. Presse Nr. 4, 1877).
3. **Bazy.** Epididymitis, Vaginalitis; Oedem der Genitalien, des Oberschenkels und des Beckens. (Gaz. méd. de Paris Nr. 4. 1877.)
4. **Winternitz.** Die Kühlsonde (Psychrophor) ein Mittel zur Heilung von Pollutionen, Spermatorrhöe, chronischer Gonorrhöe und verwandter Zustände, (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 28, 1877).
5. **de Morij.** Neues Modell für einen Katheter à demeure zur Vermeidung der Einführung desselben in die Blase. (Geneeskundige Tijdschrift voor Nederl. Indië Deel. XVIII. Batavia 1876.)
6. **de Morij.** Neues Modell von Fischbeinsonden zur Beschleunigung der Behandlung von Harnröhrenstricturen. (Geneeskundige Tijdschrift voor Nederl.-Indië Deel XVIII. Batavia 1876.)

In Fortsetzung seiner endoskopischen Studien theilt Grünfeld (1) die mit Hilfe des Urethroskops beim Tripper beobachteten Befunde mit, auf deren Grundlage eine Eintheilung der diversen Formen dieser Krankheit angestrebt wird, welche sich der Hauptsache nach an die Angaben von Désormeaux und Tarnowsky anschliesst. Verf. richtete sein Augenmerk nicht allein auf den sogenannten chronischen, sondern auch auf den mit heftigen Entzündungserscheinungen einhergehenden Tripper. Wiewohl viele Kranke untersucht wurden, gibt Verf. der Ver-

muthung Ausdruck, dass ihm einzelne Formen der Urethritis entgangen sein mögen. Es werden nun einzelne Formen, wie sie sich im endoskopischen Bilde zeigen, in nachfolgender Weise geschildert:

I. Urethritis blennorrhoica (acute Blennorrhöe). In Fällen von acutem Tripper ohne Complication, und zwar am 3. bis 5. Tage der Erkrankung findet man mit dem einfachen geraden Endoskop das Sehfeld mit einer dicken Schichte gelblichgrünen, grauweissen Eiters bedeckt, nach dessen Entfernung mit dem Wattetampon die Mucosa sichtbar wird. Der Trichter fehlt entweder ganz, oder seine Tiefe ist auf ein Minimum reducirt, die centrale Figur ist durch einen Punkt ersetzt, von dem 3—4 Furchen auslaufen, die Harnröhrenwandung selbst gleichmässig dunkelroth, in 3—4 Wülste gelegt. An der Spitze dieser zuweilen Erosionen (Reflexdefecte). Der untere Tubusrand erzeugt eine Rinne in der Schleimhaut, die verschieden tief erscheint und rasch verschwindet, Gefässe sind nicht sichtbar. Im Verlaufe nimmt die Ausdehnung der Wülste ab, es erscheint ein Trichter wahrnehmbar etc.

II. Urethritis membranacea. Einzelne hochgradige Tripperfälle, zu denen sich Complicationen seitens der Cutis penis und der Lymphgefässe etc. rasch gesellen, zeigen ein anderes endoskopisches Bild: Das Sehfeld ist mit wenig Eiter bedeckt, dessen Beseitigung nicht vollkommen gelingt. Ein grauer, grauweisser Ueberzug der Schleimhaut fällt vor Allem in's Auge. Dieser zeigt einzelne parallel laufende schmale Streifen, zwischen denen etwas dunklere Streifen verlaufen. Das Exsudat, welches den genannten Ueberzug bildet, lässt sich ohne Veranlassung einer Blutung nicht entfernen. Dabei zeigen die Urethralwände eine gewisse Rigidität, durch welche das Bestehen eines Trichters ermöglicht ist. Diese Auflagerung kann nur eine kurze Strecke in der Urethra beobachtet werden und betrifft hie und da auch blos die eine Wandung der Harnröhre. Im Verlaufe findet ein Abstossen der Exsudatstreifen statt und hat man nach mehreren Tagen blos das Bild, wie bei Urethritis blennorrhoica. Verf. erwähnt, dass von croupösen und diphtheritischen Affectionen der Harnröhre einige Autoren Erwähnung thun, dass es sich aber dort um ganz andere Processe handelte. (Der Name U. membranacea scheint uns für diesen Befund durch die Analogien nicht genug begründet. A.)

III. Urethritis simplex. Bei einer Reihe von mit vermehrter Secretion etc. auftretenden Tripperfällen fanden sich im endoskopischen

Sehfelde keine so auffälligen Abweichungen von der Norm. Im Centrum und an einigen excentrischen Stellen einige Eiterklümpchen oder Fäden, ein vollständig ausgebildeter Trichter von kaum verminderter Tiefe, eine nur mässig verkürzte, aber sonst geradlinig verlaufende centrale Figur, die Harnröhrenschleimhaut etwas stärker geröthet, jedoch so, dass die Röthe durch Druck mit dem Tubus zunimmt; einzelne Blutgefässe gelangen zur Ansicht; die Oberfläche glatt, hie und da durch eine kleine Erosion unterbrochen; die mit dem Tubusrande hervorgerufene bogen- oder kreisförmige Rinne ist seicht und verschwindet langsam (d. i. geringe Schwellung). In manchen Fällen zeigt die Urethralschleimhaut blos die Erscheinungen von Hyperämie.

IV. Urethritis granulosa. Diese Tripperform ist circumscript, greift aber auch tiefer liegende Schichten der Mucosa an und liegt in vielen Fällen dem sogenannten chronischen Tripper zu Grunde. Im endoskopischen Bilde findet man entsprechend dem Centrum desselben eine kleine Menge Eiter, nach dessen Entfernung ein kurzer Trichter zu constatiren ist, ferner die centrale Figur zufolge der Verdickung der Urethralwandungen länglich-oval und etwas kürzer. Die Mucosa gleichmässig roth, sammtartig, in wenige Falten gelagert, oft ohne Falten, lässt einzelne punktförmige Erhabenheiten durch einen kleinen Reflex erkennen, Gefässe sind nicht wahrzunehmen. Längliche Fäden von Schleimeiter, ferner Eiterklümpchen finden sich zahlreich beim langsamen Herausziehen des Tubus. Eine Unterscheidung zwischen den papillären und folliculären Granulationen konnte Verf. vorläufig nicht statuiren. Bei Auffindung des mit Urethritis gran. behafteten Bezirkes wird auf die subjectiven Symptome oder andere wenig verlässliche Merkmale wenig Werth gelegt, und wird vielmehr eine genaue Durchforschung oft des ganzen Harnröhrenkanales erfordert. (Ueber das Verhältniss der ächten Ur. granulosa, welche Desormeaux als Analogon der Conjunctivitis granulosa beschrieb, zur blossen körnigen Schwellung der Mucosa, wie sie auch bei chronischer Urethritis vorkommt, sind die endoskopischen Acten noch nicht geschlossen. A.)

V. Urethritis mit Geschwürsbildung. Ueber den wahren Werth der noch jetzt bestehenden Annahme von Trippergeschwüren oder inneren Geschwüren gibt das Endoskop erst die richtige Aufklärung. Nach dem Ergebnisse der endoskopischen Beobachtungen des Verf. ist ihr Auftreten nicht sehr häufig. Die Fälle, in denen Geschwüre in der Mucosa urethrae unter dem Bilde des Trippers auf-

treten, sind folgende: a) die herpetische oder phlyctänuläre Urethritis. In der vorderen Partie der Urethralschleimhaut nicht weit über die Fossa navicularis hinaus findet man 2—3 kleine runde oder oblonge Geschwüre mit grauem Belage, die durch den scharfen Rand und durch die Farbendifferenz auffallen, während die Umgebung nichts anderes als eine markante Hyperämie aufweist. Die Geschwürchen nehmen an Ausdehnung im Verlaufe zu, ändern wohl auch ihre Form. Hiebei ist die Secretion aus der Urethra gering. Diese Form beobachtet man namentlich bei Individuen, die eine Disposition zum Auftreten des Herpes an den Genitalien besitzen. b) Urethritis durch Schankergeschwüre. Die Gegenwart eines Schankers der Urethra kann in manchen als Tripper auftretenden Fällen mit Hilfe des Endoskops constatirt werden. Hiebei können äusserlich gleichzeitig einzelne Ulcera vorhanden sein oder fehlen. Das Endoskop wird aber auch dann mit Erfolg angewendet sein, wenn eine solche Affection an einem dem Gesichtssinne zugänglichen Theile (Nähe des Orificium) beginnt und im Harnröhrencanal sich weiter fortsetzt. c) in der Nähe von Stricturen der Harnröhre, namentlich bei solchen, welche durch vergebliche Versuche maltraitirt wurden, findet man eine weitere Form von Geschwüren, d. h. oberflächliche Substanzverluste mit einem granulosen Belage, an deren Rand zuweilen auch kleine Schleimhautzipfel wahrzunehmen sind.

Verf. führt weiters an, dass er wiederholt an der Schleimhaut der Harnröhre mit vorhandener oder bereits dilatirter Strictur, und zwar an einer durch Empfindlichkeit von Seiten der Kranken markirten Stelle eine kleine Fläche bläulich, bläulichgrau gefärbt fand, welche, scharf begrenzt, gegen die benachbarte rothe Schleimhaut sehr abstach. Die Exsudatmembran war so dünn, dass die darunter liegende rothe Schleimhaut durchzuschimmern schien. Mechanisch liess sich diese Membran nicht entfernen.

Sogenannte katarrhalische und tuberculöse Geschwüre, ferner durch Vereiterung von Follikeln entstandene Geschwüre und Plaques muqueuses an der Schleimhaut der Urethra hatte Verf. mit dem Endoskop zu beobachten noch keine Gelegenheit.

Grünfeld berichtet ferner über folgenden Fall von Harnröhrenpolypen (2): Ein 29 J. alter Mann litt schon in seiner Kindheit durch je 2—3 Tage wiederholt an Harnbeschwerden. Vom 15.—27. Jahre war

er von diesem Uebel befreit. Im 27. Jahre konnte er einmal durch zwei Tage keinen Urin lassen und musste katheterisirt werden. Ausserdem soll er stets gesund gewesen sein, bis er sechs Wochen vor seiner ersten Untersuchung an rechtsseitiger Epididymitis erkrankte, zu der sich Hämaturie gesellte. Es fand sich kein Urethralsecret. Der im Anfang gelassene Harn ist mit Blut gemengt, dagegen ist der später fliessende rein. Beim Uriniren kein Schmerz. Urin enthält Blutkörperchen, ist sonst normal. Nach einigen Tagen bessert sich die Epididymitis und das Blutharnen. Letzteres kehrt aber nach einigen Tagen wieder. Das Blut stammte offenbar aus der Harnröhre, daher wird die endoskopische Untersuchung vorgenommen. Sie zeigte in der Nähe des Bulbus einen stark vascularisirten, leicht blutenden Polypen von 14—15 Mm. Durchmesser, der an der vorderen Urethralwand haftete. Neben dem Polypen konnte ohne Schwierigkeit ein Katheter in die Harnröhre eingeführt werden. Seine Exstirpation war indicirt, weil er wachsen und durch seine Grösse gefährlich werden konnte. Gr. entschied sich für die Beseitigung vermittelst eines Instrumentes, das er nach dem Principe des Polypenschlingenschnürers von Blake anfertigen liess. Nach mancherlei Schwierigkeiten gelang es die Drahtschlinge einmal um den Polypen zu legen, anzuziehen; da sie aber riss, führte das nur zur Nekrose des Neoplasmas. Nach sechs Tagen wurde ein zweiter Versuch gemacht. Die Schlinge blieb liegen. In der Nacht fühlte der Patient ein Lockerwerden derselben, er zog den Draht an, aus der Urethra heraus und an ihm hing der Polyp. Die jetzt vorgenommene endoskopische Untersuchung zeigte eine linsengrosse Wundfläche an der oberen Urethralwand, das Neugebilde vollkommen beseitigt. Pat. fühlte noch einige Tage leichtes Brennen.

Bazy beschreibt (3) einen Fall von Nebenhodenentzündung bei einem 42jährigen Mann, zu welcher sich Entzündung der Tunica vaginalis propr. und Oedeme der Umgebung, dann Verschorfung der Vorhaut gesellten. Vf. führt dies auf Venenthrombose im Gebiete der rechtsseitigen Pudenda externa, Obturatoria, Pudenda interna und des Plexus pudendalis zurück. Die Rectaluntersuchung ergab rechts und oberhalb der Prostata diffuse, teigige Schwellung. Ueber die Ursache der Thrombose hat der Vf. sich keine definitive Meinung gebildet.

Unter dem Namen „Psychrophor" empfiehlt Winternitz bei Affection der Urethralschleimhaut (4) einen Metallkatheter à double



courant ohne Fenster von verschiedener Dicke (Nr. 18, 20, 22, 24 Charr.), aber jedenfalls so dick, dass er knapp in die Harnröhre des Patienten passt. Das gut geölte Instrument, dessen beide Hohlräume durch eine Oeffnung in der Scheidewand in der Nähe des Vesicalendes communiciren, wird bis in die Nähe des Blasenhalses (caput gallinaginis) eingeführt und continuirlich kaltes Wasser von 15° bis 10°, 10—15 Minuten lang durchgeleitet. Die Anzahl der Sitzungen und das Intervall zwischen je zweien richtet sich nach dem Erfolge und so wie deren Dauer, die Temperatur des verwendeten Wassers nach der Empfindlichkeit des Kranken.

W. rühmt von diesem Verfahren, dass es den Tonus jener kleinen Muskeln, deren Spiel bei der Ejaculation wirksam ist, erhöht, die Hyperämie der kranken Schleimhaut aufhebt, — was endoskopisch nachweisbar — durch Hintanhaltung von Samenverlusten allerlei Neurosen, die mit ihnen im Zusammenhange stehen, beschwichtigt und verhältnissmässig rasch und ohne unangenehme Nebenaffecte wirkt. Nur bei Hyperästhesie der Harnröhre ist die Einführung schmerzhaft.

Kohn.

Zur Verhütung der Blasenhalsreizung bei Durchführung eines Katheters à demeure durch eine Strictur in die Blase versuchte de Morij (5) denselben nur bis in die Strictur zu bringen und dort zu belassen. Er führte demzufolge einen durchbohrten elastischen Katheter von Nr. 12 bis an die Strictur, leitete eine elastische Sonde Nr. 6 durch das erste Instrument hindurch in die Strictur und schob, sobald dies gelungen, den Katheter über die als Mandrin anzusehende Sonde gleichfalls in die Strictur hinein. Damit stellte er nach Befestigung derselben am Peniskopf (wohl noch besser nach Thompson an den Pubeshaaren. Ref.) eine Passage für die Urinentleerung her, die des oben beregten Uebelstandes entbehrte. Eine durch fabriksmässige Herstellung zu ermöglichende Abrundung des durchbohrten Katheters wird den Versuch wohl erleichtern. Schuhmacher II. (Aachen).

Ferner hat de Morij behufs beschleunigter Behandlung der Stricturen drei Sonden construirt (6), die an dem einen Ende eine Reihe von allmälig dickerwerdenden, gleich zu beschreibenden Knöpfchen in bestimmten Abständen, an dem anderen eine Scala in weissen Nummern tragen, die über die Tiefe der Einführung und über die Zahl der mit

der Strictur in Verbindung tretenden Knöpfe Controlle erlaubt. Sonde Nr. I hat an der Spitze einen Knopf von $1^1/_2$ Mm. Dickendurchmesser, dem auf je 2 Cm. Abstand ein um $1^1/_2$ Mm. dickerer folgt; der vierte Knopf ist dagegen um $1^1/_2$ Mm. seinem Vorgänger überlegen, aber $3^1/_2$ Mm. stark statt 3 Mm. Der Rest der Sonde ist $2^1/_2$ Mm. dick. Sonde II beginnt gleichfalls knopfförmig mit Dickendurchmesser 3 Mm. und besitzt in gleicher Weise wie I auf je 2 Cm. Entfernung $3^1/_2$, 4 und 5 Mm. dicke Auftreibungen. Dasselbe wiederholt sich bei Sonde III, die von $4^1/_2$ Mm. dickem Knopf an durch 5 und $5^1/_2$ hindurch zu 6 Mm. geht, in letzter Nummer also Nr. 21 der französischen und Nr. 12 der englischen Scala entspricht.

Bei der intendirten Behandlung der Stricturen mittelst dieser Sonden wird zuerst Nr. III eingeführt, um, falls keine Passage ermöglicht wird, Nr. II, resp. Nr. I Platz zu machen. Gelingt es dem langsamen und geduldigen Vorgehen, den ersten Knopf von Nr. I in und durch die Verengerung zu bringen, was sowohl am Vorrücken der Scala als auch am sanften Widerstand beim versuchten Rückziehen genauer zu eruiren ist, so führt Verfasser die Sonde eine Zeit lang vor- und rückwärts, um sobald dies leichter geworden ist, den zweiten Knopf durch die Strictur durchzudrücken. Meist gelang ihm innerhalb weniger Stunden die Durchführung bis über den vierten hinaus. Der alsdann erfolgenden Wegnahme der Sonde schliesst sich die Einführung einer eine Nummer kleineren geknöpften Kautschuk-Sonde an, die so lange wie möglich getragen, nöthigenfalls am Peniskopfe befestigt wird. Eintretende Blutung oder zu starke Dehnung der Strictur beschleunigt die Wegnahme der Knopfsonde. Die Weiterbehandlung der Strictur wird alsdann wo möglich am folgenden Tage wieder mit der Sonde I aufgenommen; geht der vierte Knopf endlich ganz bequem durch, so tritt Sonde II mit dem $^1/_2$ Mm. dünneren ersten Knopf an die Reihe, um nach wieder nach Bedürfniss für längere Zeit eingeschobener elastischer Bougie auf Sonde III und damit zur Durchführung der höchsten Nummern überzuführen. Innerhalb weniger Tage war dieses Resultat in den mitgetheilten 3 Krankengeschichten ohne weiteren Unfall erreicht. Um dem nach der endgiltigen Erweiterung bald eintretenden Bestreben der Strictur, sich wieder zusammenzuziehen, in geeigneter Weise entgegenzutreten, bedient sich Verfasser zinnerner oder mit Elfenbeinknöpfen versehener Instrumente.

Schumacher II. (Aachen.)



7. **Oedmansson**. Ueber die chronische Ulceration der weiblichen Urethra. (Nord. med. Ark. 9. Band, 3. Heft 1877).
8. **Paschkis**. Ueber die Unterscheidung venerischer von anderweitig an den weiblichen Genitalien entstandenen Affectionen in forensischer Beziehung. (Wien. med. Presse 47, 48 — 1876.)
9. **Hurd**. Phimosis; Coordinationsstörung der Bewegungen und Verlust der Gleichgewichtsempfindung. Circumcision, Heilung. (Bost. med. and surg. Journal Vol. 96. 1877. Centr.-Bl. für Chir. 16. 1877.)
10. **Strokowski**. Ueber die Anwendung des Jodoform bei venerischen Krankheiten. (St. Petersb. med. Wochensch. Nr. 10. 1877).
11. **St. Cyr.** Die Dourine. (Ann. de Dermat. 8. Bd. Nr. 4 und 5, 1877.)
12. **Starcke.** Ueber Behandlung der Bubonen in der Bauchlage. (Charité-Annalen II. Jahrgang. Berlin 1877.)

Oedmansson (7) theilt vier Fälle von chronischer Ulceration der Urethra bei Weibern mit, einem Zustande, welcher oberflächlich von West beschrieben worden ist. Das Leiden beginnt im vorderen Theile der Harnröhre mit einer Schwellung, die sich dann längs des ganzen Canales ausbreitet. Die Oberfläche des geschwollenen Theiles ist uneben, sehr blass und wachsähnlich. Die Gewebe sind hart, durchscheinend und die Urethralöffnung unregelmässig und dilatirt. Die Ulceration beginnt an der äusseren Mündung und breitet sich hauptsächlich an der oberen Wand aus, so dass diese zum grössten Theile zerstört sein kann, während von der unteren nur der vordere Antheil verloren gegangen ist. Die Secretion der Harnröhre ist vor der Entwicklung der Geschwüre und nach der Heilung derselben unbedeutend. Chronisches Oedem der äusseren Genitalien (grossen Lippen), welches sich zum Theile auch über den Damm erstrecken kann, tritt zuweilen auf. Die Leistendrüsen sind geschwellt und hart.

Symptome: Harnverhaltung und Schmerzen beim Harnlassen, die zuweilen sehr gering sein oder auch gänzlich fehlen können; in letzterem Falle schenken die Kranken dem Leiden keine Aufmerksamkeit. Bei weit vorgeschrittenem Ergriffensein des Organes kommt es manchmal zu Insuff. des sphinct. vesic.



Die mikroskopische Untersuchung ergibt beträchtliche Hyperplasie des Epithels, in dessen Mitte sich eine starke Schichte gezähnter Zellen und Wanderzellen findet. In der Mucosa und im submucösen Bindegewebe kommen viele Zellen der mannigfachsten Formen vor, Eiterkörperchen ähnliche und Zellen mit verästigten Fortsätzen.

West ist der Ansicht, das Uebel sei syphilitischer Natur, spricht sich jedoch nicht entschieden aus. Nur in einem von sechs Fällen, die er mittheilt, kommt die Affection mit Syphilis gleichzeitig vor, in drei Fällen war Syphilis früher vorhanden gewesen, im ersten war eine entschiedene Diagnose nicht möglich. Mercur hatte keinen Einfluss, dagegen erfolgte dauernde oder vorübergehende Heilung ohne ein Specificum. Ueberhaupt hat die Krankheit nichts an sich, was auf Syphilis hindeuten würde und Oedm. ist auch gegen die Annahme eines Zusammenhanges des Leidens mit Lues. Er hält vielmehr den Zustand für eine einfache chronische Entzündung der Wand des Urethralcanals mit beträchtlicher Hyperplasie des Epithels. Bezüglich der Aetiologie verweist der Verf. darauf, dass die bisher beobachteten Fälle meist Prostituirte betrafen, was zur Anschauung hinleitet, dass die fortwährende Misshandlung dieses Körpertheiles zur Reizung und Entzündung führe.

Der Verlauf zieht sich durch Jahre hin. Unter dem Einflusse einer passenden Behandlung tritt Heilung ein, aber bei der Rückkehr zum alten Metier erkranken die Genesenen wieder. Wiewohl in den bisher beobachteten Fällen Heilung erst erfolgte, als ein beträchtlicher Theil des Canales bereits zerstört ward, so ist doch anzunehmen, dass wenn man dem Uebel im Anfange entgegentritt, sich der Gewebsverlust einschränken liesse. Dem Recidiv lässt sich am besten dadurch entgegenwirken, dass man die Genesenen möglichst lange unter Aufsicht hält. Ja sogar die Exstirpation der erkrankten Partie, falls diese den vorderen Theil des Harnröhrencanales betrifft, wäre zu versuchen. In allen Fällen kann man die Heilung durch Abtragung der polypenförmigen, von der Ulceration verschont gebliebenen Gewebsreste beschleunigen. West hat einmal das Cauterium actuale mit Vortheil verwendet.

Kohn.

Paschkis (8) ist der Ansicht derjenigen, welche glauben, dass die Diagnose eines durch ein Trauma enstandenen blennorrhoischen Ausflusses aus der Scheide von einer infectiösen



Blennorrhoea vaginae nur durch fortgesetzte Beobachtung zu machen sei, da ersterer von kurzer Dauer ist. Das Vorhandensein von Harnblennorrhöe ohne Scheidenblennorrhöe oder neben nur geringer Scheidenblennorrhöe lässt auf Infection schliessen. Bekannt ist, dass kleine Wunden in der Nähe der weiblichen Genitalien oder an denselben durch Vernachlässigung und Verunreinigung mit Scheidensecret leicht den Charakter von Geschwüren annehmen können, worauf in foro Rücksicht zu nehmen ist. Lage und Form dieser Ulcera und im Nothfalle Anamnese können zu richtiger Beurtheilung führen. Sclerosen und Papeln dagegen, wenn deutlich ausgeprägt, werden sich von Verletzungen leichter unterscheiden lassen. Confrontation und Berücksichtigung der Incubationsdauer werden zur richtigen Erkenntniss oft nöthig sein. Dasselbe gilt bei der Beurtheilung von Leistendrüsenerkrankungen. Kohn.

Sayre hatte (im Phil. med. and surg. Report 1876. 14. Oct.) über den Zusammenhang von Phimosis und Paralysen im Kindesalter berichtet und Fälle von Heilung durch Circumcision veröffentlicht. (Siehe auch einen hiehergehörigen Fall von Hunt aus dem J. 1875, in dieser Viertelj. p. 392, 1877. A.) Hurd beschrieb (ibid. 11. Nov.) einen Fall von nervöser Erregbarkeit bei Steinleiden etc., ebenfalls geheilt durch Circumcision. In dem vorliegenden Falle (9) wurde bei einem 7jährigen Knaben der Symptomencomplex einer ausgesprochenen Ataxie locomot. mit intermittirenden Muskelzuckungen und epileptoidem Anfall durch Circumcision einer zufällig entdeckten Phimosis sogleich und für immer aufgehoben. Binnen Kurzem hatte der sehr heruntergekommene Knabe sich vollständig erholt. Verf. rechnet mit Brown-Séquard und Mitchell diesen Fall zu jenen, in welchen Paraplegie und Ataxie von peripherischer Reizung herzuleiten seien.

Strokowski hat (10) Versuche mit Jodoform bei venerischen Affectionen angestellt und zwar meist local und rein in Pulverform; nur bei tiefen Geschwüren, Anusfissuren etc. in ätherischer Lösung, oder mit Glycerin und Wasser vermischt. Beim weichen Schankergeschwür nützt das Jodoform nach dem Vf. nur, so lang das Geschwür schmutzigen Grund und welke Granulationen zeigt, dann aber auch sicher, indem die Reinigung des Geschwürs und die Bildung guter Granulationen doppelt so rasch erfolgt, als bei Anwendung schwacher Metallsalz-

lösungen. Damit ist auch der Selbstinoculation besser vorgebeugt. Trotz der gegentheiligen Angabe von Izard (und Anderen. A.) ist das Mittel auch beim phagedänischen Schanker sehr wirksam, dagegen bei allgemeiner Syphilis in Pillenform innerlich verabreicht macht es Leibbeschwerden und Acneeruptionen. Das Jodmethylen, welches an Stelle des Jodoform innerlich versucht wurde, hat dieselben reizenden Eigenschaften.

In zwei Vorträgen an der Veterinärschule zu Lyon behandelt St. Cyr (11) die Dourine der Pferde (so wird die Krankheit des Coitus in Frankreich, Beschälkrankheit in Deutschland genannt), eine Erkrankung, welche zuerst 1796 in Posen von Ammon beschrieben und seither öfters beobachtet wurde; in Oesterreich zuletzt 1850 bis 1862 von Maresch und Röll, 1867 von Pillwax und Maresch.

Die Krankheit tritt als Schwellung, Oedem, Hitze, Schmerz, Jucken, Injection und Secretionsvermehrung der Scheidenschleimhaut, bisweilen auch als ein plaqueartiges Exanthem an derselben, endlich Harndrang bei der Stute; als Schwellung, Hitze, Schmerz, Oedem, Schlaffheit der Ruthe beim Hengst auf, zugleich mit leichter Urethritis und Dysurie, aber letztere beide weniger constant als bei der Stute. Bisweilen zeigen sich auch polymorphe Exantheme an der Ruthe und dem Scrotum. Die Erectionen sind seltener, der Coitus schmerzhaft. Die Thiere magern ab und gehen in das zweite Stadium der Krankheit über. Während die localen Symptome verblassen, tritt die Ernährungsabnahme in den Vordergrund, die Muskeln, besonders rückwärts, magern ab, zittern leicht, die Thiere hinken, die Gelenke schwellen an (die Schwellung pflegt in kurzer Zeit wieder zu schwinden) partielle Paralysen, Paraplegie der hinteren Extremitäten, die sich bisweilen wieder verliert, stellen sich ein. Zugleich runde Geschwülste unter der Haut (Oedem?) an verschiedenen Stellen, weich, nicht schmerzhaft, dann härter, verschwindend nach 8—14 Tagen. Im dritten Stadium endlich, welches durch Abscessbildung, Decubitus, Ozaena, Drüsenschwellungen eingeleitet wird, nimmt die Ernährungs- und Bewegungsstörung beständig zu und das Thier pflegt an Erschöpfung oder an hypostatischer Pneumonie u. dgl. zu Grunde zu gehen. Die Krankheit kann acut oder chronisch (bis zu 2 Jahren) verlaufen.

(Die Pathologia humana hat bisher von der Dourine zu wenig Notiz genommen. A.)



Erklärung der Abbildungen.

Tafel III. Fig. 1.

Durchschnitt einer an Leucoplakie erkrankten

a kleinzellige Granulation das Exsudat an der Epith.
b verdicktes Epithel, die eigentliche Plaquebildung
c Zellenwucherung im Papillarkörper, die sich haupt- der Papille kundgibt.
c—c ein Theil der Schleimschichte mit zerstörtem Papi
d Gefässe im Corium, nach deren Verlauf zumeist di tration erfolgt.
e Granulationszellen im Corium.
f Schleimdrüsen mit theilweiser Proliferation.
g Arterie und Vene im subcutanen Bindegewebe.
h Relativ normales Epithel mit vollkommen erhalten

Tafel III. Fig. 2.

Ein Theil der Plaques bei starker Vergrösserun mersion, camera lucida).

a verdickte Hornschichte einer stark entwickelten P.
b Hornschichte oberhalb der kleinzelligen Granulation zenden Schollen (*c*).
d Granulationszellen bis ins Epithel vordringend, aus stark wuchernden Papille (*e*).
f Seitliche Grenze der kleinzelligen Granulation (Ex
g Untere Epithelgrenze, deren Zellen zum Theile du schichte heraufdringende Granulation auseinander Bilde) abgeplattet, links durch das kleinzellig worden sind.
h Gefäss im submucösen Gewebe, von dem aus nach Granulation umgebener Zweig (*i*) gegen die kl hinzieht.

anat. de Paris — Sitzg.
;7, 1877).
fe. (Aus den Sect.-Sitz.
! Aerzte in München.)
de im Ohrlabyrinth
die durch dieselben
Arch. B. LXIX. p. 313.

philitischen Gelenk-
1876.)

r die Zungenerkran-
die geschilderten Affec-
öse ein. Die erstere mit
der gegentheiligen. In
aung des Vf. ein fibro-
r Zeit die originäre Zun-
soll auch der Schmerz
Von den therapeutischen
her anschliessen können,
eben wir nur hervor, dass
rurtheilt und von förm-
ischthee) viel Erfolg ge-

ır nacherzählten, dass eine
ration der Zunge nach
te (!) nach achttägigem
neue Freunde zu werben,
n, muss bezweifelt werden.
Kohn.

n. bei einem 30jährigen
Nasenhöhlen und Necrose
unterhalb der Nase machte
einen Einschnitt zwischen
is max. sup. wurde die
se und den weichen vorderen
wurden die Fossae nasales

Ueber die Behandlung von suppurirenden Leistenbubonen spricht Starcke (12) folgende Anschauungen aus: er verwirft die Schnittrichtung parallel dem Poupart'schen Bande, sondern legt die Incision lieber senkrecht zu demselben an, indem er sich überzeugt hat, dass bei jedem Athemzuge, bei jeder Bewegung des Fusses die Wundränder von einander gezerrt werden. Hat man die Incision dagegen senkrecht zum Leistenbande geführt, so kann sich die Oeffnung bei der Bewegung der Bauchwand und des Beins immer nur schlitzförmig verengern. Bei ausgedehnter Vereiterung werden zwei Incisionen an den beiden seitlichen Grenzen des Abscesses angelegt. Dadurch wird nicht nur jede Taschenbildung verhütet, sondern auch das Absterben der Wundränder, da man hier verhältnissmässig dicke und gesunde Cutis durchschneidet. Alsdann werden Drainageröhren eingeführt, ein Salicyljuteverband angelegt und der Kranke in die Bauchlage gebracht, welche Verf. bei solchen und anderen Eiterungen an der Bauchseite des Körpers ausserordentlich anpreist.

Bei vorhandener Abscedirung soll nicht allzulange auf das Abschwellen intumescirter Drüsen gehofft werden. Hat die Schwellung längere Zeit bestanden, ist die Drüse dabei härter anzufühlen, mit der Umgebung fest verwachsen und wenig schmerzhaft, — so muss man annehmen, dass sich im Innern derselben multiple käsige Herde gebildet haben. Solche Drüsen werden exstirpirt und die umgebenden schlaffen Granulationen mit dem scharfen Löffel ausgeschabt. Wird von vornherein die Drüsenexstirpation beabsichtigt, so bleibt der Querschnitt bestehen, die Schnittränder aber werden bis auf die beiden seitlichen Enden, welche Drainageröhren aufnehmen, durch die Naht wieder vereinigt. Bei Taschenbildung nach unten wird der untere Wundrand in der Mitte gespalten, also ein ┬-schnitt hergestellt und dann der Querschnitt ganz genäht, während in den senkrechten das Drainagerohr eingelegt wird.

Die Nachbehandlung ist eine antiseptische.

13. **Fournier.** Ueber tertiäre Glossitis. (Paris, Delahaye 1877 77 H. — 8°).
14. **Cripps.** Ozaena syphilitica, geheilt durch eine neue Operationsmethode. (Lancet. 5. Mai 1877.)
15. **Duplay.** Ueber Rectal-Syphilis. (Progr. médic. Nr. 39. 1876.)

16. **Marot.** Syphiloma ano-rectale. (Soc. anat. de Paris — Sitzg. vom 11. Mai 1877 — Progr. med. Nr. 37, 1877).

17. **Schech.** Ueber Syphilome im Kehlkopfe. (Aus den Sect.-Sitz. der 50. Vers. deutscher Naturforscher und Aerzte in München.)

18. **Moos.** Ueber pathologische Befunde im Ohrlabyrinth bei secundär Syphilitischen und die durch dieselben bedingten Gehörstörungen. (Virch. Arch. B. LXIX. p. 313. 1877.)

19. **Weil.** Beitrag zur Lehre von den syphilitischen Gelenkkrankheiten. (Inaug.-Diss. Strassburg 1876.)

Eine Monographie Fournier's (**13**) über die Zungenerkrankungen in Folge von tertiärer Syphilis theilt die geschilderten Affectionen in zwei Hauptarten, sclerösе und gummöse ein. Die erstere mit der Tendenz nicht zu zerfallen, die letztere mit der gegentheiligen. In jenem Falle entwickelt sich nach der Anschauung des Vf. ein fibroplastisches, persistentes Gewebe, welches mit der Zeit die originäre Zungensubstanz verdrängt und ersetzt. Dabei soll auch der Schmerz heftiger sein als beim Auftreten der anderen Art. Von den therapeutischen Vorschlägen des Verf. (denen wir uns wohl eher anschliessen können, als seinen histologischen Anschauungen Ref.) heben wir nur hervor, dass er das Cauterisiren ohne Mass und Wahl verurtheilt und von förmlichen protrahirten Zungenbädern (mit Eibischthee) viel Erfolg gesehen hat.

Ob Mittheilungen, wie die allerdings nur nacherzählten, dass eine 20 Jahre lang bestehende gummöse Exulceration der Zunge nach viertägigem Mercurialgebrauch sich besserte (!) nach achttägigem heilte (!!), geeignet sind, dem Quecksilber neue Freunde zu werben, oder die alten Gegner desselben zu bekehren, muss bezweifelt werden.

Kohn.

In einem Fall von Ozaena syph. bei einem 30jährigen Weibe mit fast totaler Obstruction beider Nasenhöhlen und Necrose der Knochen sowie Ulceration der Haut unterhalb der Nase machte Cripps (**14**) folgende Operation: Durch einen Einschnitt zwischen der Oberlippe und dem Proc. alveolaris max. sup. wurde die Oberlippe frei gemacht, dann mit der Nase und den weichen vorderen Gesichtspartien hinaufgezogen. Darauf wurden die Fossae nasales

blossgelegt, die necrotischen Knochenstücke entfernt, dann die Lippe reponirt. Die Wunde heilte per primam intentionem, die Ozaena verschwand.

Ueber Rectal-Syphilis handelt Duplay (**15**):

Eine 32 Jahre alte kräftige Frau wurde im 25. Jahre syphilitisch; sie hat eine 6wöchentliche antidyscrasische Kur mit Erfolg durchgemacht. Im 30. Jahre bemerkte sie ein Hinderniss beim Stuhlabsetzen, permanente Stuhlverstopfung und Blutabgang per anum, Schmerz ausser der Zeit des Stuhlabsetzens und unwillkürlichen Abgang einer übelriechenden gelblichen Flüssigkeit (Beweis der Insufficienz des Sphincters). Dabei war das Allgemeinbefinden befriedigend. Die Digitaluntersuchung vom Rectum und der Vagina aus zeigte die Scheiden-Mastdarmwand sowie die Rectalwand in den übrigen Segmenten bei 7 Cm. weit verdickt, ohne Narbe, ohne Geschwür und mit vom Anus ausgehenden, verticalen, einander parallelen Wülsten besetzt, dadurch das Lumen verengt. Durch ein vorausgegangenes Trauma konnte dies nicht veranlasst sein. Die Patientin erinnerte sich keines solchen. Man fand keine Narbe am Rectum und die Ausbreitung der Strictur war für jene Ursache zu umfänglich. Dysenterie (als Ursache) war gleichfalls durch die Anamnese und durch den tiefen Sitz der pathologischen Veränderung ausgeschlossen. Die allmälige Entwicklung hätte für Cancer gesprochen. Letzterer umfasst selten die ganze Circumferenz des Darmrohres; ist dies dennoch der Fall, dann bestehen in Folge der langen Dauer auch schon Ulcera; ferner sprach das gleichmässig andauernde Wohlbefinden gegen Krebs. Es bleibt nur noch Syphilis als Ursache des Leidens anzunehmen, worin man durch die Anamnese bestärkt wird,

Ueber Rectalsyphilis bestehen die verschiedensten Anschauungen. Einige läugnen das Vorkommen derselben ganz und gar. Andere geben ihr Vorhandensein zu, lassen aber als Ursache nur die Folgen blennorrhöischer Zustände oder die Substanzverluste, welche durch weiche, phagedänische Schanker oder den Initialeffect der Syphilis hervorgerufen werden, oder die Infiltrationen der tertiären Lues gelten. Gegen letzteres lässt sich einwenden: Im Verhältnisse zu der Häufigkeit der Rectal-Syphilis sind jene Infiltrationen (Gummata) selten und führen nur umschriebene Veränderungen der Rectalwand herbei und nur das Zustandekommen eines Theiles der beobachteten syphilitischen

Mastdarmverengerungen (bei denen sich Klappen und Stränge finden) lässt sich durch jene Processe erklären. Die diffusen (wie die vorliegende), das ganze Darmrohr in einer gewissen Breite befallenden Veränderungen lassen sich erklären, wenn man eine Infiltration des Parenchyms der Mastdarmwand annimmt (ähnlich der Infiltration des Leberparenchyms, der Albuginea testis, des Hodenparenchyms bei Syphilis), welche dann zu gleichmässigem Schwunde des Organes in der Ausdehnung der erkrankten Partie führt. Dass aber gerade an den unteren Partien sich das Syphiloma recti entwickelt, rührt von der grösseren Irritation her, welche diese Stellen bei der Defäcation erleiden. Bei den Frauen, bei denen auch die Affection häufiger beobachtet wird, kommen noch andere Momente: die habituelle Constipation, die Congestion während des Coitus, die Menstruation (als Reize in der Nähe), die Entbindungen zu jener Irritation. Verlauf: Sich selbst überlassen, nimmt die Verengerung immer mehr zu. Schliesslich kann kaum eine Sonde ins Rectum eingeführt werden. Oberhalb der Strictur kommt es zur sackförmigen Erweiterung, zur Ulceration, Perforation, zur Bildung von Hohlgängen und Fisteln, welche letztere in der Umgebung des Afters münden. Dann müsste der Chirurg einschreiten. Bis dahin muss die nöthige medicamentöse Behandlung walten. Sie hat nur einen Erfolg, so lange die Infiltration noch nicht bis zur nöthigen Substitution der Normal-Gewebe gediehen ist. Der mechanische Einfluss der mèches und der Rectalcanüle begünstigt die Resorption und hemmt die Retraction. Die ersteren können mit Jodsalben, Unguent. cin. bestrichen werden. Vollkommene Restitutio ad integrum tritt nicht ein, nur eine Abnahme des anormalen Zustandes und der durch ihn bedingten Functionsstörung.

Kohn.

Auch Marot berichtet aus der Klinik von Trèlat über einen Fall von Syphiloma ano-rectale (16) bei einer Kranken, bei der vor zehn Jahren die primäre Infection stattgefunden hatte. Es fanden sich gestielte Auswüchse zu beiden Seiten des Orif. ani, an einem derselben eine Fistelöffnung zum Mastdarm führend. Ueberdies zeigten sich noch mehrere kurze Mastdarm-Scheidenfisteln. Nach Trélat zeichnen sich die Fistelgänge syphilitischer Natur dadurch aus, dass bei ihnen Alles trocken, rein, vernarbt aussieht, wie die Löcher für Ohrringe in den Ohrläppchen. Ferner sind diese Fisteln rein anal und gehen



nicht über die Einschnürung hinaus, während sonst stenosirte Partien des Mastdarmes von collateralen Fistelgängen umgeben sind. Der untersuchende Finger zeigte über dem Sphincter vorne und rückwärts Erweichung und Geschwürsbildung; darüber eine Einschnürung und hoch hinaufreichende Verdickung der Mastdarmwand, Die Kranke starb an Erysipel nach der vorgenommenen Operation. Die Autopsie ergab, dass die Einschnürung nicht bloss durch narbiges Gewebe, sondern höher oben durch die intacte, aber ausserordentlich verdickte Mastdarmwand verursacht worden war — bis 15 Ctm. vom Anus hinauf.

Zwei Fälle von Larynx-Gumma beschreibt Schech (**17**):

1. X., 42 Jahre alt, acquirirte im Jahre 1865 ein Geschwür am Penis, das zu einer höchst langwierigen Vereiterung der Inguinaldrüsen führte. Volle 11 Jahre will P. nichts Abnormes bemerkt haben; im März 1876 bekam er einen starken Schnupfen, zu dem sich eine allmälig immer mehr zunehmende Heiserkeit gesellte, die trotz einer mehrwöchentlichen Localbehandlung in einem Badeorte nicht beseitigt werden konnte. Einige Zeit nachher will er durch Schneuzen drei grössere und kleinere, sich rauh anfühlende Knochenstücke aus der Nase entfernt und ein Geschwür am weichen Gaumen bekommen haben, das jedoch durch Jodkali sammt der bisher bestandenen Heiserkeit vollständig geheilt wurde. Im Frühjahre 1877 entwickelten sich, wie P. auf das bestimmteste angibt, nach einem Falle neben reissenden Schmerzen in den Armen und Füssen über beiden Schlüsselbeinen zwei hühnereigrosse, bei Berührung etwas schmerzhafte elastische Geschwülste, die durch Bepinseln mit Tinct. Jodi und wiederholten inneren Gebrauch von Jodkali zum Verschwinden gebracht wurden. Im Juni 1877 befiel ihn plötzlich auf der Durchreise in's Gebirge wieder eine hochgradige Heiserkeit, weshalb P. ärztliche Hilfe suchte. Die am 4. Tage nach der Erkrankung vorgenommene Untersuchung ergab neben mehrfachen strahligen Narben am Penis, Lig. Pouparti und weichen Gaumen und einer Perforation des Septum narium mit beträchtlicher Schwellung der Muscheln folgenden Kehlkopfbefund: Die ganze linke Larynxhälfte stark geröthet, am linken Stimmbande befindet sich ein von der unteren Fläche ausgehender, länglich-ovaler, blaurother Tumor, welcher fast die ganze Länge des Stimmbandes einnimmt und nur die Ursprungs- und Ansatzstelle des-



selben freilässt. Linkes Stimmband bei der Phonation vollständig unbeweglich, das rechte überschreitet die Mittellinie und verdeckt dabei den Tumor fast ganz. Linkes Taschenband gleichfalls geschwellt und geröthet. Rechte Kehlkopfhälfte und Epiglottis intact, nirgends Geschwüre oder Defecte. Unter einer combinirten Behandlung trat nach mehreren Wochen eine sehr beträchtliche Verkleinerung des Tumors mit Hellerwerden der Stimme ein.

2. X. Y., 60 Jahre alt, der den Zeitpunkt der Infection nicht einmal annähernd bestimmen kann, gibt an, im Jahre 1873 mehrere Monate hindurch beim Schlingen sehr heftige Schmerzen gehabt zu haben, welche sich sehr langsam unter dem Gebrauche einer Salbe verloren. Seit jener Zeit will er ausser der Schwierigkeit, grosse Bissen zu schlucken, nichts wahrgenommen haben. Im Sommer 1877 erschien eine leichte Heiserkeit, die nach mehreren Wochen bereits so beträchtlich zunahm, dass P. kein lautes Wort sprechen konnte. Bei der am 3. August vorgenommenen Untersuchung ergab sich Folgendes: Cervical- und Inguinaldrüsen beiderseits gleichmässig geschwellt, im Rachen ausgedehnte weisse Narben. Der Pharynx ist hochgradig verengert, ungefähr 2 Cm. unterhalb der Uvula erhebt sich mitten auf der Hinterwand ein circa 3 Cm. langer, $1^1/_2$ Cm. breiter und fast ebenso hoher rundlicher Wulst von Knochenhärte, der sich in das Lumen des Pharynx hereinwölbt und dasselbe gewissermassen in zwei parallel verlaufende Rinnen theilt. Die Inspection des Kehlkopfes ist dadurch im höchsten Grade erschwert und gelingt nur vollständig, wenn man denselben durch einen starken Druck von aussen zur Seite schiebt. Das Innere des Larynx ist hauptsächlich rechts intensiv geröthet; das rechte Stimmband trägt an seiner vorderen Hälfte eine erbsengrosse spindelförmige Auftreibung von dunkelrother Farbe und ist bei der Phonation fast ganz unbeweglich. In diesem Falle wurde einzig und allein durch eine Allgemeinbehandlung sehr bald eine beträchtliche Besserung erzielt.

Vergleicht man diese Fälle mit den anderen früher publicirten, so ergibt sich eine merkwürdige Uebereinstimmung. Wie früher, so waren auch hier der Eruption im Kehlkopfe Gummata an anderen Körperstellen, im ersten Falle an den Schlüsselbeinen, im zweiten im Rachen, d. h. von dem Periost der Halswirbel ausgehend, vorausgegangen. Wie in früheren Fällen, so beschränkte sich auch hier die Erkrankung auf eine Larynxhälfte, resp. ein Stimmband. Das eigen-



thümliche Aussehen, die Antecedentien, hauptsächlich aber die günstige Wirkung des Jodkali liessen keinen Zweifel übrig, dass man es hier nicht mit einer idiopathischen Laryngitis hypertrophica, sondern mit specifischen Gebilden, mit syphilitischen Knoten oder Syphilomen zu thun hatte.

Moos berichtet (18) über einen neuerdings von ihm untersuchten Fall von Taubheit eines Syphilitischen, eingeleitet durch Auftreten von Schwindel und heftigen subjectiven Gehörsempfindungen gleichzeitig mit Dolores osteocopi cranii. Auffallend rasche Vernichtung des Gehörvermögens. Tod. — Die Untersuchung des rechten Felsenbeines zeigt intactes inneres und äusseres Ohr, Sclerose des Felsenbeines, Periostitis im Vorhof mit kleinzelliger Infiltration des häutigen Labyrinths, Ankylose der Stapesplatte auf der Vorhofsfläche. Der Stamm des Acusticus unverändert. — Ein höchst beachtenswerthes Symptom für die Diagnose eines auf syphilitischer Basis beruhenden Ohrenleidens wäre somit nach dem Verf. der frühzeitige und schnelle Verlust des Gehörs.

Nach Weil (19) zeigt sich die Syphilis an den Gelenken zum Theil in Form von serösen Ergüssen, die ein oder mehrere Gelenke befallen. Zum Theil erinnert dieselbe an die fungo-cariöse Form, nur dass die Schwellung des Gelenkes eine viel bedeutendere ist. In denjenigen Fällen, wo bereits Fisteln vorhanden waren, konnten aus dem ziemlich schmerzfreien Gelenk eigenthümliche bröcklige Gewebsmassen ausgedrückt werden, die, sowie auch die Ränder der Fisteln, ein speckiges Aussehen hatten. Dabei war, entgegen der bedeutenden Anschwellung des Gelenkes, die Zerstörung der Knochen bei congenitalen Formen nicht sehr bedeutend; oft war nur ein Knochen, z. B. am Ellbogengelenk der Radius, allein erkrankt. Der Verlauf — vorwiegend war das Ellbogengelenk bei solchen Kindern Sitz der Erkrankung — zeichnete sich durch eine grosse Hartnäckigkeit aus. Meist blieb eine antisyphilitische Behandlung ohne Erfolg — (die Diagnose war auch nicht in allen Fällen sicher. A.) und auch die verschiedensten, local in Anwendung gebrachten Methoden hatten wenig Erfolg.

Bei acquirirter Lues Erwachsener wurden gewöhnlich seröse Ergüsse besonders in das Kniegelenk, und zwar zunächst als Folge eines Trauma beobachtet. Die Ergüsse, die zum Theil mit beträchtlichen Ver-

dickungen der Kapsel einhergingen, schwanden erst nach einer energischen antisyphilitischen Behandlung. Die hiehergehörigen Affectionen haben bald Aehnlichkeit mit fungösen Gelenkleiden, bald mit gewöhnlichen Hydarthrosen, bald mit jenen Affectionen, die man gern als rheumatische bezeichnet. Bei den reinen Hydarthrosen nimmt der Knorpel öfters Antheil an der Erkrankung, Veränderungen, die beim Lebenden durch ein eigenthümliches Knarren innerhalb des Gelenks zu erkennen sind. Bei gummösen Ablagerungen in die Gelenkweichtheile ist die Diagnose durch die eigenthümlichen circumscripten Schwellungen leichter.

Verf. unterscheidet zwei Hauptformen, die er als hydropische und als gummöse bezeichnet. Bei der letzteren können die Gummata entweder im perisynovialen Bindegewebe sich befinden oder eine Periostitis gummosa geht auf das Gelenk über. Weiter kann primär in den Epiphysen die Erkrankung beginnen, wo man dann Processe analog der fungösen Ostitis hat, nur ist die Gewebswucherung stärker und es finden sich im Knorpel grössere Löcher. Endlich kann die Erkrankung auch in den Epiphysenlinien ihren Anfang nehmen, und in manchen Fällen selbst eine Trennung der Epiphyse von der Diaphyse, sowie Erkrankung benachbarter Gelenke erfolgen.

20. **Heller.** Zur Casuistik der visceralen Syphilis. (Wiener med. Wochensch. Nr. 22 und 23. 1877).
21. **Londoner pathologische Gesellschaft:** Ueber Gehirn- und Lungensyphilis. Sitzung vom 6. Februar 1877. (Medical Examiner, 15. Febr. 1877 — Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 35, 1877).
22. **Fiori.** Ein Fall von Syphilis cerebralis. Erkrankung der corpor. quadrigem. (Ann. univ. di medicina, Sept. 1876.)
23. **Barthélemy.** Fall von beiderseitiger Hemiplegie, Tod in einigen Tagen, encephalitische Herde im Verlauf einer schweren Syphilis entstanden. (Soc. anat. in Paris; Sitzg. vom 27. März. Progr. med. Nr. 29. 1877).
24. **Epifani.** Geschichte eines Falles von Syphilis des verlängerten Markes. (Il Morgagni Juliheft 1877).
25. **Colomiatti.** Die Syphilis als Ursache von Phthise. (Giorn. Ital. delle mal. ven. 1. Februar 877.)



26. **Robinson.** Ueber syphilitische Lungenphthise. (Lancet. I. Nr. 18. 1877).

27. **Lancereaux.** Ueber einen Fall von Lungensyphilis nebst Bemerkungen über Eingeweidesyphilis und die Irrthümer bei ihrer Erkenntniss. (Bull. de l'Acad. de Méd. Jahrg. 41, Nr. 43, Sitzg. vom 23. Oct. 1877.)

28. **Bettelheim.** Ein eigenthümlicher Fall von Nephritis, Lebercirrhose und Adenie. (Mittheilungen des Vereines der Aerzte in Niederösterreich, 1877).

29. **Chvostek.** Ein Fall von Syphilis der Nebennieren, des Pankreas, der Leber, der Nieren, der Lungen und Haut. (Wiener med. Wochensch, Nr. 33, 1876.)

30. **Israel.** Demonstration einiger Sectionsergebnisse bei inveterirter Syphilis. (Sitzungsber. der Berliner med. Ges. vom 31. Jänner 1877.)

Ueber zwei Fälle von Eingeweidesyphilis berichtet Heller (20): I. A. S. erwarb im 21. Lebensjahre einen Schanker an der Unterlippe, dem Erscheinungen allgemeiner Syphilis folgten. Vier Jahre später stellten sich nächtliche Anfälle von Stimmritzenkrampf ein; der Zustand dauerte ein Jahr; sechs Jahre später (nach dem Initialaffecte) traten Nachts Herzkrämpfe auf, dazu gesellte sich nach zweijährigem Bestande dieses Leidens: Schwindel, Schwäche, Gefühl von Kälte und Taubsein der Füsse, Unsicherheit beim Gehen, schliesslich Parese, welche sich nach einmonatlicher antidyscrasischer Behandlung theilweise besserten. Während des Gebrauches des Vöslauer Bades verschlimmerte sich das Befinden neuerdings, worauf nach einmonatlichem Gebrauch von Arsen (Pil. asiat.) und kalten Abreibungen die Erscheinungen zurückgingen und nach im Ganzen vierjähriger Dauer derselben Heilung eintrat. Nach vier Wochen neue Recrudescenz und so fort abwechselnd Besserung und Verschlimmerung. Nun wurde wegen Anämie der Besuch von Franzensbad und später des Hochgebirges in Gebrauch gezogen. Der Pat. war damals 34 Jahre alt. Das Jahr darnach trat eine scharf umschriebene Lungeninfiltration, der ein Kehlkopfkatarrh vorausging, auf; beide schwanden in Gleichenberg. Nachdem sieben Jahre nach Auftreten des Initialaffectes Geschwüre im Rachen und auf der Zunge sich gebildet hatten, zeigten sich dergleichen 15 Jahre später in der Nasenscheidenwand und führten zum Durchbruche der-

selben. Der Kranke bekam nun, da Sublimat-(Pillen) nicht vertragen wurde, Einreibungen — im Ganzen 280 in verschiedenen Serien, in den Pausen Jodkali — zeitweilig Arsen. Zwei Jahre darnach entstand ein Gumma auf der Oberlippe. Der Kranke wurde nach Hall geschickt; das hatte ebenso wenig einen Erfolg, wie die vom neuem vorgenommenen Einreibungen, während welcher sich sogar Periostitis am Stirnbein entwickelte, wie denn überhaupt während der Innunctionen der Process jedesmal recrudescirte. Nun kam Decoct. Zittmanni an die Reihe, welches nach fünfwöchentlichem Gebrauche den glänzendsten Erfolg hatte. Die Erscheinungen der Syphilis mit Inbegriff der Nervenerscheinungen schwanden und die Ernährung besserte sich auffällig. Seit vier Jahren bietet das Individuum keine neuen Erscheinungen.

II. I. G. 45 Jahre alt, erwarb ein Geschwür, bekam kurze Zeit Protojoduret. Bald entwickelten sich Symptome der Lues: Roseola — später Iritis. Der Kranke bekam neuerdings Protojod. (1 Gran pro die) und Atropinsalbe. Die Erscheinungen gingen zurück, aber nach acht Tagen bildete sich Cataracta (?) rechterseits, später auch linkerseits, die jedoch einer sechswöchentlichen energischen Quecksilberbehandlung wichen. Der Mittheilende sah den Kranken fünf Jahre später: das Sehvèrmögen war intact, auch sonst keine Spur von Syphilis wahrzunehmen.

Kohn.

Buzzard demonstrirte in der Londoner pathologischen Gesellschaft (21) Präparate von syphilitischer Arteriitis der Hirngefässe. Die Adventitia war ersetzt durch kleine kernhaltige Spindel- und Rundzellen, zwischen denen weite dünnwandige Gefässe verliefen; die Muscularis bestand aus Detritusmassen; die elastische Membran war erhalten, aber statt des Endothels ein fibröses, spindelzelliges mit zahlreichen dünnwandigen Capillaren durchsetztes Gewebe vorhanden. Das Lumen war thrombosirt.

In der sich hieran schliessenden Debatte constatirte Greenfield, dass, während man betreffs der Veränderungen an der Adventitia ziemlich einig wäre, die Veränderungen der Intima noch einen Streitpunkt bildeten. Friedländer habe den specifischen Charakter derselben ganz geläugnet, indem er dasselbe in den kleinen Lungengefässen künstlich pneumonisch gemachter Kaninchen fand. Im Allgemeinen ständen sich drei Ansichten einander gegenüber: die Einen



wollten die Affection für Atherom, die Andern für einen organisirten, von Endarteriitis unabhängigen Thrombus angesehen wissen, die Dritten endlich, und so auch er selbst, seien davon überzeugt, dass es sich um ein echtes syphilitisches Product handle.

Von anderer Seite wurde gleichsam eine vermittelnde Stellung eingenommen: darnach soll die Veränderung der Adventitia gummöser Natur, die der Intima ein Product gewöhnlicher Entzündung, modificirt durch den syphilitischen Process, sein.

Hutchinson will drei Formen von Cerebral-Syphilis unterschieden wissen: Gefässobstruction mit consecutiver plötzlicher Paralyse, Gummata mit dem Symptomencomplex der Hirntumoren, Periostitis einhergehend mit heftigem Kopfschmerz. Bezüglich der syphilitischen Chorioiditis unterscheidet er die gummöse Form mit guter und die mit Pigmentation der Retina einhergehende atrophische Form mit absolut schlechter Prognose. Von anderer Seite wurde auf die Aehnlichkeit zwischen Chorioidealgummata und -Tuberkeln aufmerksam gemacht. Die Leber- und Milzschwellung, meint H., beruhe gewiss nicht selten auf einer vermehrten Blutanfüllung, wodurch das oft vollständige Verschwinden des Tumors erklärt werde. Ferner macht H. darauf aufmerksam, dass ebensogut wie die Arterie, auch die Venen syphilitisch erkranken könnten, und er sei geneigt, dasselbe auch für die lymphatischen Stämme anzunehmen; ebenso seien bisher die syphilitischen Erkrankungen der vasomotorischen Ganglien gänzlich übersehen.

Goodhard theilt mehrere Fälle von Lungensyphilis mit. Die Veränderungen bestanden in allen Fällen in Verdickung der Lobularsepta, theilweise durchsetzt von Haufen kleiner kernhaltiger Zellen, Verdickung der Gefässe und Bronchien, der gleiche Befund wie bei chronischer Pneumonie, nur fehlen die Tuberkeln und der Process geht nicht von der Spitze aus, ist weniger diffus und stets symmetrisch auf beiden Lungen; er führt nicht zu Verkäsung, sondern zu Gangrän.

Auf der Klinik von Rovida in Turin beobachtete Fiori (22) folgenden Fall von Gehirnsyphilis: Ein 32 J. alter, gesunder Mann war im 19. Lebensjahre an einer Blenn. und Orchitis, das Jahr darnach an syph. Halsaffection und zwei Jahre später an Papulae circa anum erkrankt. Im 29. Jahre wurde er durch einen Säbelhieb an der Reg. parietal. sin. verwundet. Heilung nach 10 Tagen. Im Mai des folgen-



den **Jahres fiel** er plötzlich ohne bekannte Veranlassung und ohne Prodrome besinnungslos unter klonischen Krämpfen, besonders der linken Seite, zu Boden. Der linke Mundwinkel ist stark abgezogen. Nach dem Anfalle bleibt Paralyse der linken oberen und unteren Extrem., welche nach 8 Tagen schwindet. Monatlich wiederholte sich der Anfall. Am 17. Februar 1876 kam er mit folgendem Stat. praes. in's Spital: Im Anfalle wird der Kopf durch tonische Contraction des Sternocleidom. nach links gedreht. Vorher geht eine Ohnmacht, dann kommen Krämpfe der Augenlid- und linken Backenmuskeln, tonische Contractionen der Muskeln des Halses links. Beinahe gleichzeitig klonische dann tonische Krämpfe der Glieder beiderseits. Die Bulbi sind nach links und oben gedreht. Die Pupillen erweitert. Der linke Mundwinkel ist gegen das Ohr dieser Seite gezogen. Sensibilität normal, Bewusstsein vorhanden. Sprache unmöglich. Ueber Uvula und Zunge ist während des Anfalles kein Aufschluss zu erlangen. Dauer des Anfalls 2—5 Minuten; sie wird kürzer, wenn es gelingt, mit Bekämpfung der Muskelcontraction den Kopf nach rechts zu drehen. Im Anfange des Spitalaufenthaltes blieben für einige Zeit nach den Anfällen Paralyse der Muskulatur links bei Schlaffheit derselben, Ptosis palpebr. sin. und das Gefühl, als ob das Gesicht auf dieser Seite geschwollen wäre, Schwäche beim Kauen, Thränenfluss zurück. Nach dem Anfalle schilderte der Kranke die Empfindungen während desselben. Er konnte den Kopf nach Gefallen bewegen, die Augen kehrten in die normale Stellung zurück, die Pupillen reagirten prompt, der linke Mundwinkel stellte sich an seinen Platz. Der Kranke streckte die Zunge gerade hervor. Rectaltemperatur gleich nach dem Anfalle 37·4 Cels., Ameisenlaufen und Stiche in der linken oberen und unteren Extremität.

Aus dem Mitgetheilten ging nun hervor, dass es sich um eine Herderkrankung des Gehirnes handle, wahrscheinlich ein Syphilom, dessen Sitz die Nachbarschaft der Corp. quadrigem. oder diese selbst und der Pedunculus cerebr. sind. Die eingeleitete Therapie rechtfertigte die Diagnose der Syphilis. Der Kranke bekam 3 Kalomelinject. (10 Centigr. in 75 Glycer. pro dosi) Deutojod. Hydrarg. (10 Cent. mit 6 Gramm Jodkali auf 60 Pillen, von denen am 1. Tage 4 und dann immer um eine mehr bis zu 12 genommen wurden). Jodkalium (1 Gramm und täglich um 25 Centigr. mehr) nacheinander und war am 24. Tage der Behandlung vollkommen geheilt.



Erklärung der Abbildungen.

Tafel III. Fig. 1.

Durchschnitt einer an Leucoplakie erkrankten Zungenparthie.

a kleinzellige Granulation das Exsudat an der Epithelgrenze darstellend.
b verdicktes Epithel, die eigentliche Plaquebildung betreffend.
c Zellenwucherung im Papillarkörper, die sich hauptsächlich an der Spitze der Papille kundgibt.
c—c ein Theil der Schleimschichte mit zerstörtem Papillarkörper.
d Gefässe im Corium, nach deren Verlauf zumeist die kleinzellige Infiltration erfolgt.
e Granulationszellen im Corium.
f Schleimdrüsen mit theilweiser Proliferation.
g Arterie und Vene im subcutanen Bindegewebe.
h Relativ normales Epithel mit vollkommen erhaltenen Papillen.

Tafel III. Fig. 2.

Ein Theil der Plaques bei starker Vergrösserung (Object. 9, Immersion, camera lucida).

a verdickte Hornschichte einer stark entwickelten Parthie des Plaque.
b Hornschichte oberhalb der kleinzelligen Granulation mit einzelnen glänzenden Schollen (*c*).
d Granulationszellen bis ins Epithel vordringend, aus der Umgebung einer stark wuchernden Papille (*e*).
f Seitliche Grenze der kleinzelligen Granulation (Exsudat).
g Untere Epithelgrenze, deren Zellen zum Theile durch aus der Schleimschichte heraufdringende Granulation auseinandergeworfen, rechts (im Bilde) abgeplattet, links durch das kleinzellige Exsudat zerstört worden sind.
h Gefäss im submucösen Gewebe, von dem aus nach links ein von dichter Granulation umgebener Zweig (*i*) gegen die kleinzellige Exsudation hinzieht.



Einen Fall von Encephalitis bei einem 27jährigen Mädchen mit ausgebreiteten papulösem und ulcerösem Syphilid, Kopfschmerz seit 14 Tagen, dann Hemiplegie und Tod beschreibt Barthélemy (**23**). Die encephalitischen Herde zeigten sich bei der Section an beiden Hemisphären in der weissen Substanz der Stirn- und Seitenwandlappen. Der Vf., welcher über die Dauer des Bestandes der Syphilis keinen Nachweis gibt, glaubt aus der symmetrischen, schnell verlaufenden Gehirnkrankheit bei einem durch Syphilis cachectischen Individuum auf die Wahrscheinlichkeit eines syphilitischen Ursprunges der Encephalitis schliessen zu dürfen. (? A.).

Epìfani berichtet (**24**) über folgenden Fall von Syphilis medullae oblongatae: Ein 24jähriger Mann wurde mit gastrischen Erscheinungen ins Spital aufgenommen. Die Anamnese ergab eine syph. Infect. im vorausgegangenen Jahre, beiläufig einen Monat nach der Aufnahme trat Polyurie ein (10 Lit. in 24 Stunden). Der Urin zeigte eine dem Quantum entsprechende Verminderung der festen Bestandtheile. Dazu kam Cephalalgie in Paroxysmen auftretend und besonders zur Nachtszeit heftig, gegen Tagesanbruch nachlassend. Sechs Tage später leichter Strabismus, anfangs geringe, dann stärkere Gesichtsschwäche, Unfähigkeit lange zu fixiren, Stenosis palpebralis. Dabei hatte sich die Temperatur auf 37, der Puls auf 70 erhalten, die Ernährung aber sank zusehends und an einem Tage (am 15. nach Auftreten der Polyurie) war der Puls plötzlich 42, die Temperatur 35. Nun trat allmälige Besserung aller Symptome ein und der Kranke konnte nach beiläufig dreimonatlichem Aufenthalte im Spitale geheilt entlassen werden.

Der Mittheil. schliesst aus den angeführten Symptomen, dass der Bulb. rhach. in seinen Vorder- und Seitensträngen Sitz der Affection war und dass diese in einem syph. Neoplasma bestand, da alle anderen Affectionen ausgeschlossen werden konnten, eine syph. Infection nachweisbar war und Jodkali sich wirksam erwiesen hatte. Kohn.

Colomiatti setzt auseinander (**25**), dass jedesmal, wenn in syphilitischen Productionen wahrer Tuberkel gefunden wird, der Kranke beiden Infectionen, der syphilitischen und der tuberculösen verfallen ist. Diese Combination ist übrigens ziemlich selten, wenn man nicht die Riesenzellen als Zeichen der Tuberkel bezeichnet, welche ja auch bei Syphilis vorkommen.



Was die von Syphilis bedingte Pneumonie betrifft (von Gumma und von hereditären Formen abgesehen), weist der Verf. nach, dass sie von der nicht syphilitischen nicht unterschieden werden könne. Sie ist niemals, wie behauptet wurde, blos interstitiell, sondern bisweilen selbst vorwiegend katarrhalisch. Verf. hatte Gelegenheit, sechs solche Fälle zu untersuchen und fand, dass an verschiedenen Lungenpartien immer der eine oder der andere Process vorwiegend entwickelt war. Verf. gibt eine genaue histologische Beschreibung beider Formen.

Ein Nebeneinander von syphilitischer Pneumonie und Lungentuberculose gibt der Verf. weiter zu, also auch, wie oben erwähnt wurde, eine combinirte syphilitisch-tuberculöse Phthise, wie dies z. B. in zwei seiner sechs Fälle vorkam.

Ein Versuch, einem Kaninchen (welches Thier zur Tuberculose sehr geneigt ist), Stücke von syphil. Sclerosen der Vorhaut unter die Haut zu legen, ergab Abscessbildung und Resorption des Eiters. Nach mehreren Monaten wurde das abmagernde Thier getödtet; es fand sich in keinem Organ Syphilis; in den Lungen allein umschriebene multiple Indurationsherde, einer chronischen katarrhalischen Pneumonie entsprechend. (Der Versuch, welchen der Verf. selbst nicht zu verwerthen beabsichtigt, ist in der That kaum zu berücksichtigen, da die Uebertragung syphilitischen Eiters auf gesunde Kaninchen bisher (wie sich Ref. durch mehrere Experimente überzeugt hat) stets ohne Einwirkung auf die Constitution geblieben ist. (A.)

Verf. führt weiter eine Krankengeschichte an, um zu beweisen, dass wenn einmal die Tuberkelbildung in syphilitischen Producten aufgetreten ist, sie durch fortgesetzte diffuse Tuberkelbildung tödten kann, trotzdem die syphilitischen Symptome gänzlich geheilt sein mögen.

In einer zweiten Krankengeschichte, die Verf. vorlegt, wurden primäre Haut- und Schleimhauttuberkel der Nase durch Caustica vollkommen entfernt und dennoch starb der Kranke nach einiger Zeit an Eingeweidetuberculose.

(Erstens ist die Annahme des Verf., dass er es mit Nasentuberkeln zu thun hatte, ganz ungerechtfertigt; zweitens die Annahme, dass dieselben das primäre Leiden darstellten, ganz unbewiesen. A.)

Aus den beiden Fällen: Syphilis mit Tuberculose combinirt,

letztere aber beschränkt auf die syphilitisch erkrankten Punkte — und locale Behandlung der Tuberkel mit dennoch folgender tuberculöser Allgemein-Infection — deducirt der Verf. schliesslich die Frage, ob nicht viele tuberculöse Phthisen von Syphilis abhängen dürften, die entweder von Anfang an sich mit der Tuberculose combinirt, oder nachträglich das Terrain für die tuberculöse Erkrankung und für die Erzeugung von Tuberkeln disponirt hätte?

Nach Robinson (26) kommen ausser gummöser Erkrankung noch zwei andere Formen von Lungenerkrankung durch Syphilis vor. Bei der ersten (selteneren) ist der grösste Theil des Organes mitbetheiligt, indem die Affection von der Basis aus hinten und vorn nach der Spitze fortschreitet; bei der zweiten dagegen handelt es sich ausschliesslich um eine Betheiligung der Lungenspitzen. Die erste dieser beiden Formen unterscheidet sich nur wenig von der gewöhnlichen chronischen Pneumonie; die Ausdehnung der Affection scheint im ersteren Fall eine grössere zu sein und die Allgemeinerscheinungen weniger intensiv. Das Fieber ist sehr gering, Dyspnoë tritt nur bei Anstrengung ein; Sputa fehlen. Die zweite häufigere Form der syphilitischen Lungenerkrankung unterscheidet sich von der chronischen Tuberculose dadurch, dass die Brust gut entwickelt und der Ernährungszustand ein befriedigender ist. Fieber gering, Husten, Diarrhöe und Nachtschweisse fehlen. Die Spitzendämpfung ist wenig ausgesprochen. Häufiger werden beide Spitzen und zwar gleichzeitig befallen. Consonanzerscheinungen sind daselbst vorhanden, können aber auch fehlen, Puls weniger beschleunigt als bei gewöhnlicher Phthise. Die Kranken sehen blass aus, sonst sind sie wohl. Ueber die Häufigkeit der Hämoptoë fehlen dem Vf. die Erfahrungen. — Die Prognose pflegt gut zu sein. Leberthran mit Eisen neben Jodpräparaten werden angerathen.

Lancereaux referirte (27) der Ac. de Méd. in Paris über folgenden Fall von Lungen-, Gehirn- und Hodensyphilis: Ein 58jähr. Mann, der jede frühere syphilitische Infection läugnet, wurde im November 1876 von Schwindel, Verwirrtheit, Erbrechen und Aufstossen nebst Cephalalgie und rechtseitiger Muskelparalyse befallen. Jodkalium innerlich, äusserlich ein Setaceum. Besserung. Im März 1877 Schwachsichtigkeit auf dem rechten Auge, etwas Husten, schwache muco-



purulente Expectoration, Schwerathmigkeit nach Anstrengungen, schwach vesiculäres Athmen. Im April wurde auch das linke Auge schwach und nach einigen Tagen das rechte ganz amaurotisch. Neuerdings Singultus-Anfälle. Bald darauf Delirien ohne Wuthanfälle, Verlust des Intellects, subcomatöser Zustand, Unbeweglichkeit. Am 21. April der Tod.

Autopsie: Schädel sclerosirt, die weichen Hirnhäute über der Convexität der Hämisphären opalin, leicht verdickt. An der Basis zwischen beiden seitlichen Ventrikeln an der Stelle des Septum pellucidum eine gelbe, membranöse Masse von 3—5 Ctm. Das Chiasma nerv. opt. geschwellt, injicirt, erweicht, die Papillen ödematös.

Die Lungen an ihrer mit tiefen Furchen durchsetzten Basis an die Brustwand und das Zwerchfell angeheftet, zeigen Streifen von fibrösen Zügen wie eine syphilitische Leber, das Lungenparenchym dazwischen indurirt, an anderen Stellen emphysematös. An der Basis der linken Lunge knötchenförmige Erhebungen von gelblicher Farbe, haselnuss- oder kirschengross, umgeben von einem graulichen fibrösen Gewebe, in dem Lungengewebe in der Nähe zerstreute fibröse Stränge, von einem Centrum auslaufend. Einige kleine Bronchien erweitert. In der rechten Lunge sind dieselben Erscheinungen etwas weiter vorgeschritten. Inmitten der fibrösen Strangbildungen einzelne Herde von lobulärer Pneumonie. Das Herz fettreich, Steatose der Muskelfibrillen, Wanderweiterung der Herzhöhlen. (Der Kranke war ein Trinker.) Eine der Nieren zeigt an der Oberfläche eine tiefe Depression, die andere ist gesund. Die rechten Hoden klein, sclerosirt, von fibrösen Strängen durchsetzt, welche vom Corpus Highmori ausstrahlen. Etwas Serum im Sack der Tunica vaginalis, das parietale Blatt mit bräunlichen und gelblichen Pigmentflecken hie und da besetzt.

Die histologische Untersuchung der Lungen-Gummata zeigte die bekannte Zusammensetzung; die Neubildung von den Gefässscheiden ausgehend hatte auch im Innern der Gefässe eine Obturation bewirkt. Vf. setzt weiter auseinander, dass die geschilderten Veränderungen trotz der nicht nachgewiesenen syphilitischen Primäraffection als entschieden syphilitische anzusehen seien, dass die Lungenerkrankung weder durch ihren Sitz (an der Basis), noch ihre Eigenschaften, noch durch ihre Entwicklungsgeschichte (Resorption ohne Exulceration oder Excavation) mit Tuberkeln verwechselt werden könne. Der Vf. macht nun auf die hervorstechenden Charaktere der syphilitischen Verän-

derungen in allen Organen aufmerksam: Circumscripte neoplastische Ablagerung, fibröse Schrumpfung der Umgebung und Narbenbildung. Alle Krankheiten mit diffusen und langsam fortschreitenden anatomischen Charakteren: der Blödsinn, die allgemeine Paralyse, die Ataxie locomotrice progressive, die Lungenphthise sind daher nach L. absolut unabhängig von der Syphilis, deren Produkte umschrieben und langsamer Rückbildung unterworfen sind. Dasselbe gilt von der Epilepsie und Hysterie, welchen man auch hie und da syphilitischen Ursprung unterschieben will.

Einem syphilitischen Kranken gegenüber, der functionelle Störungen eines wichtigen Organes, des Gehirnes z. B. zeigt, ist die Frage so zu stellen: Findet sich eine materielle Läsion des Gehirnes? Wenn nicht, ist die Syphilis daran unschuldig, wenn ja, ist nur eine umschriebene Läsion als möglicher Weise syphilitisch anzusehen. Das Alles gilt natürlich für das sogenannte tertiäre Stadium der Syphilis, im secundären gibt es ausgebreitete und disseminirte Formen z. B. an der Haut, den Gelenken u. s. w. Zum Schluss formulirt der Vf. seine Anschauungen (auf die wir der sonstigen Zerfahrenheit gegenüber besonders aufmerksam machen, A.) in folgender scharf präcisirter Weise:

1. Abgesehen vom concomitirenden Fieber des Beginnes der secundären Erscheinungen äussert sich die Syphilis ausnahmslos durch materielle Veränderungen in den Organen und durch functionelle Störungen, welche dem Sitze und der Ausdehnung dieser Veränderungen entsprechen.

2. Die Syphilis ergreift primitiv nur jene Gewebe, welche aus dem mittleren Keimblatte entstehen und im Besonderen die Elemente des lymphatischen Systems. Die aus dem inneren oder äusseren Keimblatte stammenden Gewebe: Epithelien, Nervenzellen, erkranken stets nur in secundärer Weise.

3. Die Syphilis äussert sich durch Veränderungen von langsamer excentrischer Entwicklung, deren Typus das embryonale Bindegewebe ist und welche bisweilen durch Resorption oder Elimination verschwinden, bisweilen sich als homolog definitive Gewebe organisiren (Knochengewebe in Knochen, Adenoidsubstanz in den Ganglien, Narbengewebe in der Bindesubstanz).

4. Die Syphilis entwickelt sich in drei Tempi: Das erste ist gekennzeichnet durch ein oder mehrere Localaffectionen, Schanker; das zweite durch disseminirte, ausgedehnte, oberflächliche, resolutive



d. h. ohne Spur verschwindende Läsionen oder Eruptionen (Eruptionen der secundären Periode), das dritte durch umschriebene tiefgreifende Läsionen, welche einen Substanzverlust, eine mehr oder weniger dichte und callöse Narbe hinterlassen (Eruptionen der tertiären Periode).

Die Kenntniss dieser Entwicklungsweise dient zur Erkenntniss des Momentes der Heilung der Syphilis, welche wie alle anderen Krankheiten mit bestimmtem Typus am Schlusse einer ihrer natürlichen Phasen der Norm Platz machen kann.

Bettelheim theilt (28) folgenden Fall wahrscheinlicher Visceralsyphilis mit: Frau G., geboren 1851, Tochter gesunder Eltern (der Vater starb im Alter von 60 Jahren an einer Lebererkrankung), Mutter eines 1872 geborenen Kindes, abortirte 1873 (in Folge äusserer Eingriffe). Sie soll 1861 leichte phthisische Symptome gezeigt haben, war aber 1874 eine sehr wohl genährte, blühende Frau. Die Vorläufer ihrer terminalen Erkrankung traten 1875 auf und bestanden in schlechtem Magen, üblen Geruche aus dem Munde, anscheinend rheumatischen Gelenkschmerzen, später auch abendlichen Fieberbewegungen, alsdann auch in Milzvergrösserung, grossen erythematösen Flecken über den Streckseiten der grossen Gelenke. Dazu gesellten sich im Sommer 1876 totale Appetitlosigkeit, Magenschmerzen, leicht ikterischer Harn, Anschwellung der Achseldrüsen links, der Nackendrüsen, weniger der Cubital- und Inguinaldrüsen. An den unteren Extremitäten zeitweise kurze Zeit bestehende kleine, kirschrothe Flecke.

Ende August fand B. bei der im Sommer um zwei Pfund leichter gewordenen Kranken ausser dem schon Angeführten: Starke stechende Schmerzen im Thorax, rechts unten gedämpften Percussionsschall (Vergrösserung der Leber oder Pleuraexsudat oder beides), beiderseitige Spitzendämpfung; ferner Morbus Brightii mit Pyelitis. Von den Achseldrüsen war eine haselnussgross.

Wenn man nun auch vieles von dem Krankenbilde aus dem Morbus Brightii (dessen Ursache unklar blieb) erklären konnte, so erklärte dieses doch nicht die multiplen Drüsenschwellungen und die Milzschwellung. Leukämie, multiple Lymphomenentwicklung, Carcinom, auch Tuberculose liessen sich als Ursache der Drüsenschwellung leicht ausschliessen, weniger sicher Syphilis. Man konnte sich bei letzterer Annahme auch die Zeichen des Morbus Brightii als Folge diffuser syphilitischer Infiltration der Niere erklären und konnte dafür noch



weiter anführen, dass der Gatte der Frau vor seiner Verheirathung an Lues gelitten hatte; freilich war kein Recidiv bei ihm aufgetreten. Die Untersuchung der Genitalien, der Rachenorgane etc. bei der Frau ergab übrigens ein vollkommen negatives Resultat. Der Versuch einer antisyphilitischen Behandlung mit Jodkali scheiterte an dem schlechten Magen der Kranken und an dem alsbald eintretenden hochgradigen, continuirlichen, resp. remittirenden Fieber. Ein derartiges, durch 11 Wochen andauerndes Fieber (Abends sehr oft 40 erreichend) stimmte um so weniger mit der Annahme einer Lues als Grundlage des ganzen Processes, als im Verlaufe der Krankheit nebst den Erscheinungen von Seiten der Niere (Hydrops, urämische Unfälle) und der Pleuritis (stark zunehmende Dämpfung, Lungencompression) auch die rein phthisischen Zeichen (Spitzendämpfungen, blutig-schleimiger Auswurf, klingende Rasselgeräusche, Consumption) immer mehr überhandnahmen. Dabei recrudescirte hie und da noch der rheumatische Process und kam es auch einmal zu Zeichen einer intercurrenten Pericarditis (unregelmässiger Puls, leichtes pericardiales Anstreifen zwischen den Herztönen). In einem stürmischen urämischen Anfalle ging die Kranke Ende November 1876 zu Grunde. Bei der Section fand sich ausser den erwarteten Läsionen: Nephritis parenchymatosa, Milztumor, Hydrops, obsolete Herzbeutelentzündung, Schwielen und Entzündungsherde in den Lungenspitzen, multiple Lymphdrüsenschwellung, auch eine aus den Erscheinungen in vivo nicht zu erkennen gewesene Läsion, nämlich eine grobe Granulation der Leber (Hepatitis interstitialis). Auch Nieren und Milz zeigten eine ungewöhnliche Härte. — Vf. ist daher durch den Sectionsbefund — namentlich durch die Lebercirrhose — in der Annahme, zu der er auch am Krankenbette zumeist hinneigte, noch mehr bestärkt: dass nämlich dem ganzen Falle eine Lues zu Grunde gelegen habe; sei es, dass die primären Erscheinungen bei der Kranken übersehen wurden, sei es, dass die Lues eine hereditäre war.

Veränderungen in den Nebennieren wurden bisher nur in Folge von hereditärer Syphilis beobachtet; in einem Falle von Chwostek (**29**) traten in Folge von acquirirter Syphilis an denselben Organen amyloide Degeneration und chronische interstitielle Bindegewebswucherung auf. Auch im Pankreas und zwar an seinem Schweife wurden narbige Einziehungen und dadurch bedingte Lappung als Symptom der Lues gefunden.



Folgenden Fall von alter Syphilis mit lethalem Ausgange beschreibt Israel (30): Ein 65jähriger Herr liess sich am 10. November 1876 in das jüdische Krankenhaus aufnehmen. Er zeigte harte, eiförmige Tumoren im Unterhautgewebe, von Haselnuss- bis Eierpflaumengrösse, und zwar einige in der rechten Infraclaviculargegend, einige an der linken Seite des Rückens, der Höhe der 10. und 11. Rippe entsprechend. Die Haut über denselben war theils intact und verschiebbar, theils narbig, geröthet, adhärent, theils ulcerirt. Die Geschwüre hatten einen missfärbigen Grund, waren sinuös und lagen in infiltrirter harter Umgebung. Das Manubrium sterni war aufgetrieben; ebenso zeigte die 11. linke Rippe eine Hyperostose. Die Hauptklagen der Patienten bezogen sich auf Schlingbeschwerden, welche seit einer vor 6 Monaten auf das Genick applicirten heissen Douche datirten. Eine palpable Ursache konnte für die Deglutitionsbeschwerden nicht gefunden werden. Laryngoskopie, Untersuchung mit der Schlundsonde zeigte normale Verhältnisse; die Gaumenmuskulatur, die Zunge waren gut beweglich. Pat. hatte Schwierigkeit, ein Ingestum, sei es flüssig oder fest, willkürlich bis zu dem Punkte zu befördern, von wo ab die unwillkürliche Peristaltik des Oesophagus die Weiterbeförderung besorgt. Am besten konnte Pat. schlucken, wenn er den Kopf hintenüber legte und in dieser Stellung die Flüssigkeit eingoss. Bisweilen wurde dem Pat. die Articulation beschwerlich; doch fühlte er selbst mehr diese Schwierigkeit, als dass sie einem nicht sehr aufmerksamen Beobachter auffällig wurde. Die Sprache wurde dann etwas zögernd und man merkte, dass das Streben nach deutlicher Aussprache den Pat. anstrengte. Die Worte fehlten ihm nie für die Begriffe. Eine weitere Klage bezog sich auf Schlaflosigkeit, die schwer zu bekämpfen war. Von objectiv nachweisbaren Anomalien war ferner vorhanden hochgradige Arteriosclerose, Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels, Vergrösserung der Leber, der Milz und Spuren von Albumen im Harn, welcher bei einem 24stündigen Volumen von 1200 ein specifisches Gewicht von 1015 hatte. Die Diagnose wurde auf inveterirte Syphilis gestellt, trotzdem jede syphilitische Infection entschieden in Abrede gestellt wurde; die Tumoren im Unterhautgewebe wurden für Gummata angesprochen, die Schlingbeschwerden auf eine Affection im Gehirn bezogen, deren Aetiologie entweder in der Syphilis oder in der Arteriosklerose gesucht wurde. Die Milzschwellung stimmte zur Diagnose der Syphilis, da J. sie



selten bei alten Formen der Lues vermisst habe. Demgemäss wurde eine Inunctionskur, verbunden mit innerem Gebrauche des Jodkali eingeleitet, wobei erhebliche Verkleinerung eines Theiles und Schwund eines anderen Theiles der Gummata folgte und die Ulcerationen heilten. Auch die Schlingbeschwerden besserten sich, und mit diesen Resultaten zufrieden, verliess Pat. das Hospital vor vollständiger Heilung am 20. December 1876. Nach einigen Tagen nahm Pat. trotz ausdrücklichen Verbotes ein Dampfbad, wurde Tags darauf von einer Apoplexie ergriffen, die zum Tode führte. Die Section bestätigte die Diagnose in allen Punkten. Die haselnussgrossen Gummata legitimiren sich als solche schon makroskopisch auf dem Durchschnitte durch ihre schwefelgelbe Farbe. Eine der Gummigeschwülste sass im M. pectoralis major, der fibrös entartet war. Die Nieren sind ein ausgezeichnetes Specimen einer syphilitischen interstitiellen Nephritis. Sie sind von etwa normaler Grösse, an der Oberfläche granulirt, sehr blutreich. Die Granula sind gelblich gefärbt. Auf dem Durchschnitte erkennt man, dass die gelbe Farbe in der Corticalsubstanz im Bereiche der gewundenen Canäle sitzt, während die Papillen durch bedeutende Bindegewebszunahme derb fibrös, weisslich aussehen und stellenweise kleine Fibrome aufweisen. Mikroskopisch zeigt sich, dass das interstitielle Gewebe überall eine enorme Massenzunahme erfahren hat, derb faserig ist, und theils erhebliche Kernwucherung, theils Infiltration mit Fetttröpfchen zeigt. Stellenweise erdrückt die Kernwucherung und Bindegewebszunahme gänzlich die Harncanälchen. Die Epithelien der gewundenen Harncanäle sind geschwollen, getrübt und verfettet. Den wichtigsten Befund bot das Hirn. Hier sind zwei Processe zu trennen: ein ganz frischer, welcher die unmittelbare Todesursache abgab, nämlich eine enorme Hämorrhagie in beide Seitenventrikel mit vollkommener Zerstörung der rechtsseitigen grossen Ganglien, sowie eine subarachnoidale Hämorrhagie an der oberen Fläche des Kleinhirns. Der Process älteren Datums hat zu einer Herdaffection geführt, in welcher intra vitam die Ursache der Schling- und Articulationsstörungen vermuthet worden war, und zwar in Gestalt von Erweichungsherden im Pons, deren beide grössten da sitzen, wo die Crura cerebelli ad pontem in die Brücke sich einsenken. In diese erweichten Stellen war (wahrscheinlich secundär) eine Hämorrhagie erfolgt, aber nicht ganz frischer Natur, da ihre Farbe mehr bräunlich war und sich von der helleren Farbe der frischen apoplectischen

Herde unterschied. Nachträglich erfuhr J., dass Pat. wegen einer vor einigen 30 Jahren acquirirten syphilitischen Infection von seiner Frau geschieden wurde.

31. **Reimer**: Zwei Fälle von Syphilis. Aus den casuistischen und pathologisch-anatomischen Mittheilungen aus dem Nikolai-Kinder-Hospital zu Petersburg. (Jahrb. d. Kinderheilk. X. Bd., 1. u. 2. Heft 1877.)
32. **Barlow**. Alopecie bei congenitaler Syphilis. (Lancet. II. Nr. 8. 1877).
33. **Brown**. Fälle von Hasenscharte und Gaumenspalte bei syphilitischen Kindern. (Arch. of Derm. III. p. 307, 1877.)
34. **Schwimmer**. Beitrag zur Syphilis hereditaria tarda. (Pester med.-chir. Presse Nr. 43, 44, 48. 1877.)
35. **R. W. Taylor.** Beitrag zum Studium der Syphilisvererbung (Arch. of Clin. Surg. Sept. 1876).
36. **Diday**. Syphilis durch Conception. (Ann. de Derm. et Syph. V. B. 3, 1877).
37. **R. W. Taylor**. Ein Fall von Impfsyphilis und Bemerkungen über ihre Hintanhaltung. (Arch. of Dermat. April 1877.)
38. **Guérin**. Geschwürige Destruction von Impfpusteln. (Bulletin de l'Académie de Médecine Nr. 47. 1876.)

Folgende zwei Fälle von Syphilis bei Kindern beschreibt Reimer (**31**):

I. Ein 12 J. alter Knabe hatte viel an Ausschlägen am Gesichte und Kopfe und Abscessen an verschiedenen Körperstellen, an ecclamptischen Anfällen während des verspäteten Zahnens gelitten und lernte spät gehen, wobei die Extremitäten sich verkrümmten. Im 10. Lebensjahre trat Athemnoth, Husten, Abmagerung, Frösteln abwechselnd mit Hitze und Appetitlosigkeit nebst Stuhlverstopfung ein. Dieser Zustand dauerte, bald schlimmer bald besser, zwei Jahre, bis die Eltern das Kind dem Spitale übergaben. Bei der Aufnahme fand man hochgradige Anämie und Abmagerung. An der Haut, besonders an den Streckseiten der Extremitäten linsen- bis erbsengrosse leicht schuppende Knötchen, am Schädel einige Auftreibungen. Nasenrücken ab-

geplattet. Der Athem aus Nase und Mund höchst übelriechend. Röthe und Schwellung beider Tonsillen. An der Uebergangsstelle des harten in den weichen Gaumen eine erbsengrosse, wenig bewegliche, unempfindliche, knorpelhart anzufühlende Geschwulst. Die rhinoskopische Untersuchung ergibt an der rechten unteren Nasenmuschel ein annähernd $1^1/_2$ Ctm. langes Geschwür mit scharf begrenzten, steilen Rändern, speckigem Grunde und intensiv geröthetem, geschwollener Umgebung. Aus dem rechten Ohre saniöser Ausfluss, Gehörverlust, Trommelfell perforirt. Geschwollene Cervicaldrüsen, eine rechts ist zerfallen, daselbst ein Geschwür; ein ähnliches, unreines am stark hervorgetriebenen Brustbein. Mit der Sonde fühlt man rauhen Knochen. Athemfrequenz 35, Husten. Auswurf enthält Eiter und elastische Fasern. Percussion am Rücken rechts leer, links tympanitisch. Unter Verschlimmerung des Allgemein-Befindens stiessen sich am Gaumen und Sternum Knochenfragmente ab, einige Zähne fielen aus, es entstand eine Communication zwischen Mund- und Nasenhöhle. Der Mund konnte schwer geöffnet werden. Sprechen, Kauen, Schlucken schwer. An der Geschwürsfläche in der Cervicalgegend rechts kommt ein Theil der genossenen Flüssigkeiten zum Vorschein, also Oesophagusfistel durch fortschreitenden Zerfall der Gewebe entstanden. — Im Urin zeigen sich Eiweiss, Fibrincylinder, verfettete Epithelien. — Hochgradiger Ascites. — $^1/_4$ Jahr nach Aufnahme im Spitale spontane Eröffnung eines wallnussgrossen Abscesses am unteren Segmente des linken Sternalrandes. Zwei Pfund Eiter werden entleert. Unwillkürliche Stuhlentleerungen. Erschöpfung. Tod.

Section: Mund schwer zu öffnen wegen einer Narbenmasse, welche die rechte Backentasche ausfüllt. Die Synovialhaut des Kiefergelenkes rechts geröthet, mit Vegetationen bedeckt. Das umgebende Bindegewebe serös infiltrirt, von gummösen Wucherungen durchsetzt. Die rechte Hälfte des harten Gaumens ganz zerstört, die linke in Zerstörung begriffen. Es fehlen in der rechten Nasenhöhle die sie nach aussen begrenzenden Knochen grösstentheils. Oesophagusfistel. Gummata in ihrer Umgebung. Caries des Sternums. Communication der oben erwähnten Abscesshöhle mit dem Pleurasacke. Gummata zum Theile in Zerfall begriffen in allen inneren Organen. Die mikroskopische Untersuchung einzelner Knoten derselben ergibt starke Bindegewebswucherung besonders um die Capillaren. Jüngere Stadien des Processes zeigen hyperplastische Schwellung der Arterienwände, bedingt durch enorme An-



häufung zelliger Elemente, die viel Aehnlichkeit mit weissen Blutkörperchen hatten.

Epikrise. Eine Zeit lang glaubte man Tuberculose vor sich zu haben. Später ward die Diagnose Syphilis deutlich und durch die Obduction bestätigt, und zwar S. hered. mit der vorherrschenden Form: Gumma mit Tendenz zum raschen Zerfalle. Die strahligen Narbenmassen an der rechten Backentasche sind Residuen eines verheilten Geschwüres. Sie bedingten neben den Veränderungen der Synovialhaut des Unterkiefergelenkes die Unbeweglichkeit desselben. Auch die Oesophagusfistel mag durch den Zerfall eines Gummas entstanden sein, denn in ihrem Verlaufe fand sich eine bohnengrosse Ausweitung, vielleicht von einem zerfallenden Gumma herrührend, welches dann die Nachbargewebe nach aussen und nach innen in die Necrobiose hineinzog). Aehnlichen Anlass hatte das Geschwür am Sternum und die tiefer gehende Zerstörung des Knochens bahnte dem Empyem den Weg nach aussen. Unbestreitbar ist der Befund an den Unterleibsorganen luetischer Natur.

II. Ein 4 J. altes Mädchen, wegen bedrohlicher Laryngeal-Symptome ins Spital aufgenommen, zeigte Röthe der Schleimhaut der Epiglottis und des Adit. ad laryng., am linken Stimmbande eine papillomatöse Excrescenz, welche einem breiten Condylome sehr ähnelte; das rechte Stimmband geröthet und geschwellt; die äusseren Genitalien geschwollen und entzündet. Introit. ad vag. für das Alter ungewöhnlich weit. Hymen fehlt. An den kleinen Schamlippen zwei kleine schankerähnliche Geschwüre, an der unteren Schamlippencommissur und dem After breite Condylome. Stuprum violentum war vorausgegangen. Es entwickelten sich im Verlaufe ein macul. Exanthem über dem ganzen Körper und während die Excrescenz über dem linken Stimmband schwand, zeigte sich über dem rechten eine Erosion. Dazu kam Fieber, starker Katarrh der Luftwege mit dem Ausgange in Pneumonie, Schwellung einzelner Theile des Schleimhautüberzuges des Larynx, Athemnoth. Die Tracheotomie brachte nur eine vorübergehende Erleichterung und unter Zunahme der Dyspnoë, Ausdehnung der Lungeninfiltration, Lungenödem und Paralyse trat der Tod ein. Die Therapie war: Jodkali interne — Sublimatbäder.

Obductionsbefund: Gesicht cyanotisch. Brust und Bauch von linsen- bis erbsengrossen, lividen Flecken besetzt. Die Epiglottis stark ödematös, die Schleimhaut intensiv geröthet, über dem rechten Stimm-

bande ein, unterhalb der Stimmbänder zwei bis auf den Knorpel dringende Geschwüre. Die Schleimhaut der ganzen Trachea und der grösseren Bronchien scharlachroth und aufgelockert. Der untere Lappen der rechten Lunge roth hepatisirt. Bronchialdrüsen hyperplastisch und stark pigmentirt. Herz gross mit bedeutenden Fettablagerungen an beiden Vorhöfen. Endocardium imbibirt. Leber inselförmig, fettig degenerirt. Milz vergrössert und hyperämisch. Venöse Stase in den Hirnhäuten, im Hirn und der rechten Niere.

Epikrise. Dieser Fall konnte Anlass zur Verwechslung mit Masern geben, weil das Exanthem von Vorläufern begleitet war, welche den Masern zukommen dürften. Da jedoch einige Symptome der Masern, fleckige Röthe der Rachenschleimhaut und beträchtliche Temperatursteigerung fehlten, die Antecedentien aber für Syphilis sprachen, musste das Exanthem als ein luetisches diagnosticirt werden. Das Oedema circa glottidem, welches zur Tracheotomie drängte, war durch die erwähnten Geschwüre im Larynx bedingt. Die Operation konnte jedoch wegen der Lungenaffection nur einen vorübergehenden Erfolg haben.

Barlow beschreibt (**32**) mehrere Fälle von Alopecie bei Kindern mit congenitaler Syphilis. Zuerst bei einem Kinde, das, sechs Wochen alt, bedeutende Abschuppung an Stirn und Kopfhaut zeigte. Es stellte sich hierauf Alopecie ein, welche trotz einer erfolgreichen Mercurialkur verharrte und noch im 11. Monate beobachtet wurde. In anderen Fällen waren einzelne Stellen ganz kahl, wie bei Alopecia areata oder das Haar war an einzelnen Plaques sehr dünn gesäet. Meist ging Desquamation dem Haarausfall voraus. Für besonders charakteristisch hält Vf. Alopecie einer oder beider Augenbrauen, der Occipitalgegend und der Grenze der Stirn- und Schläfengegend. (Bisher ist über Alopecie bei hereditärer Syphilis unseres Wissens noch sehr wenig bekannt. A.)

Sechs Fälle von Hasenscharte und gespaltenem Gaumen bei Kindern syphilitischer Eltern beschreibt Brown (**33**).

1. Fall: Mutter vor kurzem syphilitisch, das Kind 40 Tage nach der Geburt von Papul. syphil. befallen und Psorias. palmaris. An der Operationswunde (10 Tage nach der Geburt hat die Operation stattgefunden) durch ein Infiltrat (Plaque muqueuse) die Heilung gehindert.



2. Fall: Zwei Kinder, eines mit Anus imperforat., das andere mit Hasenscharte. — Vater früher syphilitisch gewesen.

3. und 4. Fall: Mutter syphilitisch, öfter Abortus, dreimal geboren; zwei der Kinder mit Hasenscharte und Gaumenspalte starben gleich nach der Geburt. Das dritte ohne diese Veränderungen ist noch am Leben.

5. und 6. Fall sind nicht näher specificirt.

Vf. hält diese Bildungsanomalien nicht für zufällig mit Syphilis zusammentreffend, sondern vermuthet ihren Zusammenhang mit ererbter Syphilis und fordert zu weiteren Untersuchungen auf.

Einen Fall von Syphilis hereditaria tarda theilt Schwimmer mit (**34**): Ein 23jähriges Mädchen, angeblich seit dem 10. Jahre mit Geschwüren auf verschiedenen Körpertheilen behaftet, theils offen, theils verborkt, theils strahlig vernarbt, serpiginöse Formen darstellend. Die oberen Schneidezähne keilförmig, unten eingekerbt. Allgemeine Entwicklung zurückgeblieben. Chronischer Lungenkatarrh, Vergrösserung des linken Herzens, Töne dumpf, in der Aorta diastolisches Geräusch, Milz verlängert, Leber normal. Menses unregelmässig. Trüber spärlicher Urin, sp. G. 1·014, viel Eiweiss, Harnröhrencylinder, Schleim- und Eiterkörper. Hydrops und Anasarca mässigen Grades. Empl. Hydr. und Jodkaliumtherapie.

Es stellte sich croupöse Pneumonie der linken Lunge ein, dann Pleuritis und Pneumonie rechts. Cyanose, colliquative Diarrhöen, Tod.

Die Section ergab: Narbengewebe in der Leber, Substanzverluste nach Gumma der Seitenwandbeine, Insuff. Aortae und Erweiterung des linken Herzventrikels; parenchymatöse Nephritis, Pneumonie beiderseits im Stadium der Lösung, Pleuritis, Hydrops Ascites. Oedem der unteren Gliedmassen. Genitalien virginal.

Die Nephritis zeigte ausser stellenweiser amyloider Degeneration der Gefässe und parenchymatöser Nephritis auch stellenweise Wucherung des interstitiellen Bindegewebes bei gleichzeitiger Schrumpfung der Glomeruli, ausserdem miliare Knoten, aus reichlichen Infiltrationszellen bestehend.

Verf. sieht die miliaren Knötchen für Gummata an, die direct zur Wucherung des interstitiellen Bindegewebes Anlass gegeben hätten, so dass letztere in diesem Falle nicht als Folge der parenchymatösen Nephritis und amyloiden Gefässentartung zu gelten hätte.

Taylor steht (**35**) auf Seite derjenigen, welche behaupten, dass Syphilis durch den Samen des Vaters auf ein Kind übertragen werden könne, ohne dass die Mutter erkranke und entgegen den Anhängern Culleriers, welcher nur eine Uebertragung von der Mutter her zugibt. Vf. sucht für seine Behauptung durch zwei genau und streng klinisch beobachtete Fälle neuen Beweis zu liefern. Das Resumé dieser Fälle ist folgendes: 1. Fall: Ein Mann, früher syphilitisch, schwängert ein gesundes Weib, das zuerst ein todtes Kind, dann fünf unzweifelhaft syphilitische Kinder gebärt. Der Vater wird behandelt und seine Frau bringt ein gesundes Kind zur Welt. Die Syphilis des Vaters entwickelt sich wieder stärker, die Frau wird von einem syphilitischen Kinde entbunden. Nachdem er neuerlich behandelt war, erzeugt er wieder ein gesundes Kind.

2. Fall: Zwei verheirathete Personen haben drei gesunde Kinder, dann wird der Vater syphilitisch und im ersten Jahre nachher gebärt die Frau ein syphilitisches Kind. Nach drei Jahren abermals. Die Frau ist während dessen stets gesund. Dann kam noch ein syphilitisches und hierauf ein gesundes Kind.

Dass die Quecksilber- und Jodbehandlung von grossem Einfluss auf die Beschaffenheit der Kinder eines syphilitischen Vaters sind und dass von ihrer Wirkung die Aufeinanderfolge stark syphilitischer, schwach syphilitischer und gesunder Kinder abhängt, hebt der Verf. wiederholt hervor.

Diday nennt (**36**) die Syphilis, welche vom Vater durch Vermittlung des Fötus auf die Mutter übertragen werden soll, Conceptionssyphilis und hält trotz der gegentheiligen Ansicht vieler Autoren daran fest. Er führt 26 Fälle theils aus eigener theils aus fremder Praxis tabellarisch geordnet an, in welchen allen jahrelanger geschlechtlicher Verkehr zwischen den Ehegatten stattfand, aber erst dann syphilitische Erkrankung der Frau stattfand, nachdem eine Conception eingetreten war. Vf. weist nach, dass keine Primäraffection der Mutter vorhanden gewesen; (bei Weibern werden sie leicht übersehen. A.) dass auch keine solche bei den Vätern seit ihrer Verheirathung bestanden hat (dieser letztere Nachweis geht aus der Tabelle nicht hervor. A.); endlich stellt er die Behauptung auf, dass oft bei Frauen, die während der Ehe syphilitisch wurden, ohne zu gebären, verschiedene Anzeichen eines früher stattgefundenen Abortus



(Sistiren der Menses, etwas Kolik, etwas Blutabgang) bei genauerem Nachfragen eruirt werden können.

Die Realität des sogenannten Gesetzes von Colles, (die relative Immunität der Mutter hereditär syphilitischer Kinder gegen Infection z. B. beim Säugen) führt der Vf. auf die Hypothese stattgehabter Durchseuchung der Mutter zurück. Für die Seltenheit des Vorkommens dieses „Choc en retour," welche er zugibt, hat er jedoch nur ungenügende Erklärungsversuche.

Ein Fall von Impfsyphilis wird von Taylor wie folgt berichtet (37): Das Kind bis dahin gesund, wurde zugleich mit 20 anderen Personen, welche sämmtlich gesund geblieben sind, mit demselben Instrument mit flüssigem Stoff (vom Board of Health geliefert) geimpft und zwar unmittelbar nach einer Prostituirten, vor welcher sechs Erwachsene vaccinirt worden waren. Die Impfpustel ging gut auf, aber eine Excoriation blieb nach ihrer Vertrocknung zurück, welche sich nach 20 Tagen zu einem Ulcus elevatum entwickelte, worauf innerhalb 7 Wochen Hautsyphilis folgte. Das Kind wurde unter Hg-Behandlung gebessert.

Die Prostituirte litt zur Zeit der Impfung an secundärer Syphilis; Vf. glaubt annehmen zu dürfen, dass die Impfung von ihr durch den unabgewischten Impfscarificator auf das Kind übertragen wurde. Vf. weist auf die Nothwendigkeit der steten Reinigung des Impfinstrumentes hin.

Guérin constatirte (38) bei einem 7 Wochen alten Kinde, welches 9 Tage nach der Geburt geimpt worden war, einen tiefen geschwürigen Zerfall der Vaccinepusteln; Grund und Umgebung der Geschwüre waren indurirt ohne Anschwellung der Lymphdrüsen. Weder bei den anderen Impflingen, noch bei dem von jenem Kinde weitergeimpften Bruder desselben trat Aehnliches auf. G. führt daher die Ursache dieses Zerfalls auf individuelle, constitutionelle Anomalien des Kindes, z. B. Scrophulose, zurück (am Arme des Kindes fand sich eine vernarbte Periostose).

Gubler hat ganz ähnliche Beobachtungen, namentlich bei neugeborenen Kindern gemacht und bringt sie mit der frühzeitigen Impfung in Zusammenhang.

39. **Hamburger.** Untersuchungen über die Ausscheidung von Quecksilber während des Gebrauches von Mercurialkuren. (Prager med. Wochenschr. Nr. 4 und 5, 1877).

40. **Güntz.** Das Vermögen der Schwefelwässer, bei der latenten Syphilis die Symptome der Krankheit wieder zur Erscheinung zu bringen. (Dresden bei Pierson 16 S. 8°).

41. **Güntz.** Chemischer Nachweis von der Ausscheidung des Quecksilbers bei Hg-Kranken nach der Anwendung von Salzbädern. (Wiener med. Pr. Nr. 45, 46, 47, 48, 1877.)

42. **Bogolepoff.** Zur Frage der physiologischen Wirkung des Jodkaliums. (Arbeiten aus dem pharmak. Labor. zu Moskau. Herausg. von A. Sokolowski. p. 125—142, 1876. — Ctlbl. f. Chir. Nr. 5, 1877.)

43. **J. S. (Smoleńsk).** Ein Fall von Quecksilberintoxication in Folge von Quecksilbereinräucherung. (Medycyna 1877. Nr. 6. Centr.-Bl. f. Chir. Nr. 30. 1877.)

44. **Proksch.** Ueber die exspectative Behandlung der constitutionellen Syphilis. (Med. chir. Centralblatt Nr. 6, 7, 1877).

45. **Stern.** Ueber subcutane Quecksilberbehandlung. (Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur. Sitzung vom 8. Juni 1877).

46. **Casarini.** Ueber Tayuya. (Resol. delle Adunanze della Soc. med. Chir. di Modena. Spallanzani, Bd. V. Juni 1877.)

47. **Tanturri.** Ein Fall von Syphilis ohne Erfolg behandelt mit Tayuya-Tinctur. (Morgagni IX, 10. Oct. 1877.)

48. **Redaction d. Morgagni (F. Vizioli).** Ueber die Wirkung der Tayuya gegen Syphilis und Scrofulose. (Ebenda.)

Hamburger fand (**39**) während der Einreibungskur Hg im Harne aber nicht in der Milch; nach Suppositorien aus grauer Salbe liess sich in beiden Quecksilber nachweisen. Der Nachweis wurde auf elektrolytischem Wege (Schneider) geführt.

Güntz nimmt (**40**) das Vermögen der Schwefelwässer bei der latenten Syphilis, die Symptome der Krankheit wieder zur Erscheinung zu bringen als erwiesen an und sucht nach den Gründen dieses Phaenomens. Er findet sie in zwei Facten: 1. in der Begünstigung



der Ausscheidung von Quecksilber aus dem Organismus und 2. in der Vermehrung der ausgeschiedenen Harnstoffmenge durch den Schwefelwassergenuss. Das Quecksilber meint er, halte die Syphilis an einzelne Eiweisskörper gebunden; durch den Gebrauch von Schwefelwasser zerfallen diese Körper; das Syphilisgift werde frei und äussere sich durch neue Krankheitserscheinungen. Es entständen nämlich neue Eiweisskörper. Diese wären die Träger des einmal in den Organismus eingedrungenen und wirksam gebliebenen Syphiliscontagiums, sollen wieder in den Säftestrom gelangen und durch Austausch auf die Substanz der verschiedenen Organe wirken. Er hat also zu beweisen: 1. dass die Eiweisskörper durch Schwefelwasser-Gebrauch zerfallen; 2. dass die Eiweisskörper (die Gewebe) Träger des Syphiliscontagiums sind. Das erste geht nach seiner Ansicht hervor aus dem vorübergehend bleichsüchtigen Zustande, der Abnahme des Umfanges der Leber und Milz, (hauptsächlich) aus der vermehrten Harnstoffausscheidung bei dem Gebrauche von Schwefelwasser und aus der Eigenschaft des Schwefelwasserstoffes dem Körper den Sauerstoff zu entziehen. Durch verminderte Sauerstoffzufuhr wird Athmung und Herzthätigkeit herabgesetzt; dadurch wird an und für sich schon die Vermehrung der Harnstoffausscheidung begünstigt; dadurch wird aber auch der Zerfall der Eiweisskörper begünstigt, was wieder seinerseits in zweiter Linie zu vermehrter Harnstoffausscheidung führt.

Dass aber die Eiweisskörper (die Gewebe) Träger des Syphiliscontagiums sind, erhellt nach G. aus folgender Betrachtung: Das Wesentliche des Samens — die Samenfäden, sind nur losgelöste, allerdings modificirte Partikel der Wand der Samenkanälchen und während man keine Spur von Syphilis an einem Individuum mehr findet, ist der Same oft noch fähig, Lues zu übertragen, also selbst Vehikel des Contagiums zu sein, mithin sind die Samenkanälchen-Wände, also Gewebe i. e. Eiweisskörper Träger des Syphilisgiftes. Und nun sagt G.: „So lange die Fähigkeit des Syphiliscontagiums noch besteht, sich von organischen Elementen fesseln zu lassen, so lange noch besteht die Syphilis im Körper. Im entgegengesetzten Falle muss das Syphiliscontagium als nicht mehr lebensfähig im Körper — wie auch immer, das kommt hier nicht in Betracht — weiter zerfallen und theilweise oder ganz als eines der Endproducte des Stoffwechsels ausgeschieden werden. Diese Endproducte sind Harnstoff und fettiger Detritus."

Also wenn Syphilisproducte schwinden, müssen auch Eiweisskörper zerfallen, muss auch Harnstoff in grösserer Menge ausgeschieden werden. Und dies ist nach dem Vf. in der That der Fall bei wirksamen Einreibungen, bei welchen noch ausserdem die Zellen der Syphilisproducte in fettigen Detritus verwandelt werden. Wir haben demnach Vermehrung der Harnstoffausscheidung, Zerfall von Eiweiss und Abnahme der Syphiliserscheinungen. Allein es gibt auch Vermehrung des Harnstoffes, Zerfall von Eiweiss und gleichzeitig Eruption syphilitischer Symptome und der anämische, herabgekommene Ernährungszustand der Kranken um diese Periode beweist klinisch den Zerfall der Eiweisskörper. Die vermehrte Ausscheidung anderer stickstoffhältiger Körper (im Harne), des Xanthin, der Phosphate und Sulfate reiht sich an die Beweisgründe für den Zerfall der Eiweisskörper in dieser Periode an. Und dass das Fieber allein, welches zuweilen die Eruption syphilitischer Manifestationen begleiten kann, nicht die Ursache der vermehrten Harnstoffausscheidung ist, geht daraus hervor, dass diese vermehrte Ausscheidung stattfindet, das Fieber aber fehlen kann. Man hat also folgendes Verhältniss: vermehrte Harnstoffausscheidung i. e. Zerfall der Eiweisskörper und gleichzeitig das eine Mal Auftreten von Syphilis-Erscheinungen, das andere Mal Schwinden von Syphilis-Erscheinungen.

Dieses Factum hat sein Analogon in dem Einflusse der Hungerkur oder einseitiger Ernährung (Semmelkur, etc.) auf Syphilitische. Einerseits können durch dieselben syphilitische Symptome zum Schwinden gebracht werden, denn die Eiweisskörper zerfallen in Folge der verminderten Nahrungszufuhr und da zerfallen die Syphiliszellen als die weniger resistenten zuerst, also scheinbare Heilung. Andererseits können eben in Folge dieses Zerfalles der Syphiliszellen tiefgreifende Devastationen entstehen — also Verschlimmerung. Dass aber auch jene Heilung nur eine scheinbare ist, zeigt sich durch das Auftreten neuer Syphilissymptome. Die zerfallenen zelligen Elemente der Syphilisproducte werden nämlich nicht alle als Endproducte aus dem Körper ausgeschieden, sondern ein Theil wird in den Säftestrom aufgenommen und wirkt durch Austausch auf die Gewebe, auf die Substanz der verschiedenen Organe, denn der Säftestrom gibt nach der Anschauung des V. nicht immer nur lebende Zellen ab und nimmt todte auf, sondern die scheinbar abgestorbenen Zellen entwickeln durch ihren Zerfall neues Leben. Sie sind als organische Elemente im Säftestrome

enthalten, nicht nur als abgestorbenes Gewebe. Sie befinden sich als solche auf Vorstufen wachsender, sich bildender, heranreifender, neuer theils aber auch ihrem Untergange auf normalem oder pathologischem Wege entgegeneilender, absterbender Zellen. Und so ist das Bestreben vorhanden die zerfallenden Eiweisskörper theils dem Organismus lebend wieder zuzuführen, theils in den Endgliedern — wesentlich — als Kohlensäure und Harnstoff auszuscheiden.

Wenn es uns nur möglich ist, künstlich durch den Gebrauch von Schwefelwässern die vermehrte Ausscheidung von Harnstoff — den Zerfall von Eiweisskörpern hervorzurufen — und das ist möglich, so muss es nach dem Vf. auch möglich sein, künstlich die Symptome der latenten Syphilis hervorzurufen und es steht dem nicht entgegen, dass wir in anderen Fällen durch Einleitung des Zerfalles von Eiweisskörpern — bei Einreibungen — die Symptome der Lues zum Schwinden bringen. Kohn.

Güntz (**41**) ergänzt ferner seine Angaben über die Hg-Ausscheidung durch den Harn nach dem innerlichen Gebrauch von Schwefelwässern (diese Vierteljahresschr. 1877 pag. 297) durch weitere Untersuchungen, welche denselben Vorgang nach dem Gebrauche von Salzbädern betreffen. Indem er annimmt, dass Hg im Körper als Hg-Albuminat zurückgehalten wird, setzt er bei dessen Ausscheidung einen erhöhten Zerfall von Eiweiss voraus, wodurch das Hg wieder flott werde. Dieser erhöhte Zerfall von Eiweiss äussert sich durch vermehrte Ausscheidung von Harnstoff und Kohlensäure nach gewissen therapeutischen Eingriffen. Sind Inanitionszustände vorhanden, so findet diese Ausscheidungsvermehrung nicht statt, weil der Eiweisszerfall bei diesen fortwährend erfolgt in Folge des ungenügenden Stoffumsatzes — und ebenso wenig oder nur allmälig bei robusten gesunden Personen.

Die Salzbäder, bei welchen Verf. die Ausscheidung von Harnstoff durch den Urin und Kohlensäure durch die Haut, also vermehrten Eiweisszerfall ebenso wie nach hydrotherapeutischen Kuren, Dampfbädern etc. beobachtete, schienen ihm nun geeignet, die vermehrte Hg-Ausscheidung bei Hg-Kranken zu bewirken. Das Experiment ergab in der That bei Beobachtung aller Cautelen nach Angaben des Verf. positives Resultat. (Jedem Bade wurden 5·5 Klg. Kochsalz zugesetzt, die Dauer betrug 45 Min., Temperatur 29—30° R.)

Verf. knüpft an die oben hervorgehobene Thatsache, dass bei schlecht genährten Individuen die Ausscheidung nur ungenügend vor sich geht, die Folgerung, dass bei der Einreibungskur mit grauer Salbe eine strenge Entziehungskur bei eiweissarmer Kost geradezu schädlich wirke.

Schliesslich weist der Verf. auf den nicht geringen Einfluss auf den Stoffwechsel hin, welchen Salzbäder ausüben und schlägt daher für den praktischen Gebrauch eine geringere Concentration der Salzbäder vor.

Nach Bogolepoff (42) wird der Puls unter dem Einfluss von Jodkali-Injectionen beschleunigt, gleichzeitig aber die Stärke und Resistenz des Pulses geringer, besonders bei grossen Dosen; hier wird der übermässig frequente Puls fadenförmig und schliessslich tritt Herzlähmung ein. Mit der Zunahme der Pulszahl geht Sinken des Blutdruckes Hand in Hand. Bei wiederholter Injection grosser Dosen fallen Puls und Druck gleichzeitig bis zum Eintritt der Herzparalyse. Die Respiration zeigt keine constanten Veränderungen, bald ist sie beschleunigt, bald nach vorgängiger Beschleunigung verlangsamt; bei grösseren Gaben sinkt die Zahl der Athemzüge plötzlich, indess steht die Respiration immer erst später, als das Herz still. An der Einwirkung des Jodkali auf das Herz haben die Vagi keinen Antheil, dagegen wird die durch Vagotomie verlangsamte Athmung durch Jodkali noch seltener und mühsamer, eine Erscheinung, die nach B. wahrscheinlich durch Affection des Athemcentrums in der Med. oblong. bedingt wird. Die Herzwirkung findet auf das excito-motorische Herznervensystem und die vasomotorischen Centren statt, wie Versuche mit Trennung des Halsmarks und der Vagi beweisen, in welchen das Herz starke Schwankungen des Druckes und der Pulsfrequenz hervorrief, als Folgeerscheinungen der Erregung und der darauf folgenden Lähmung der in der Herzsubstanz selbst gelegenen excitomotorischen Ganglien. Auf die Hirngefässe wirkt das Jodkali erweiternd; nach seiner Einführung werden die feinsten, sonst nur mit der Loupe erkennbaren Gefässverzweigungen mit blossem Auge sichtbar. Wurde alsdann Bromkali injicirt, so nahm die Blutfülle des Gehirns wieder ab; die vorher so deutlichen Gefässverzweigungen verschwanden fast gänzlich. Versuche mit der Stromuhr von Ludwig ergaben eine Abnahme der Stromgeschwindigkeit um etwa $^1/_{15}$. Die Temperatur steigt

fast constant an, öfters sogar um einige Grade; sowohl die Temperatursteigerung, wie das Absinken des Blutdruckes sind nach B. bedingt durch die Erweiterung der peripheren Gefässe; die Gefässerweiterung und Circulationshemmung zeigte sich an den Schwimmhautgefässen des Frosches noch deutlicher als am Gehirn. — Das Wesentliche der Wirkung des Jodkali beruht demnach nach B. in der schnell eintretenden Dilatation der peripheren Gefässe, von welcher die Abnahme des Drucks und der Pulsfrequenz, die vermehrte Absonderung der Drüsen, insbesondere der Speichel- und Schleimdrüsen, endlich die Temperatursteigerung herrührt. In Folge der Ausscheidung von freiem Jod auf die Schleimhäute werden diese afficirt und es kommt so zu den Erscheinungen des Jodismus. Die nervösen Erscheinungen: Unruhe, Schmerz und Druck in den Stirnhöhlen, Schlaflosigkeit und Hallucinationen sind wahrscheinlich durch die Ueberfüllung der Hirngefässe bedingt. Tremoren, fibrilläre Zuckungen und Lähmungen, welche bisweilen vorkommen, erklärt der Verf. durch Gefässerweiterung im Rückenmarke.

Einer 40jährigen, sonst gesunden, nur zufällig an Herzgrubenschmerz leidenden Frau hatten nach einer Mittheilung von J. S. (**43**) andere Frauen als Gegenmittel eine Einräucherung mit zwei Scrupeln über einen erhitzten Stein geschütteten Quecksilbers angerathen. Die Frau, die über diesem Steine sass, wurde nach 3 Minuten ohnmächtig und musste zu Bett liegen. Am dritten Tage stellte sich Blutbrechen ein und wurde Blut auch im Kothe vorgefunden. Hyperästhesie besonders im Gesichte: Schlafsucht, Appetitlosigkeit, Mattigkeit in den Gliedern. Trotz energischer Jodkalidosen und Schwefelbäder trat der Tod 10 Tage nach der Einräucherung ein.

Proksch spricht sich (**44**) für die exspectative Behandlung der Syphilis aus. Er gesteht zu, dass die exspectative Methode, um Erfolg zu erzielen, mehr Zeit braucht als die Mercurialkur, dass aber dieser Nachtheil reichlich aufgewogen wird durch minder häufiges Eintreten von Recidiven und Vermeidung schädlicher Einwirkung des Quecksilbers. Dagegen erheischen die Complicationen der Lues: Scrofulose, Tuberculose, Chlorose, Scorbut, etc. die sorgsamste Behandlung des jeweiligen Leidens, dessen Ermittlung manchmal recht schwierig ist, da seine Erscheinungen durch die der Syphilis verdeckt oder mannig-





fach modificirt sein können, jedoch fast immer bei schweren Formen der Syphilis sich finden. Jod (Jodkali) werde sich da oft sehr wirksam zeigen, wirksamer als das Quecksilber, das bei solchen Complicationen selbst nach dem Zeugnisse seiner Anhänger im Stiche lasse.

Kohn.

Stern (45) hatte sich bemüht, eine lösliche Quecksilberverbindung zu finden, die nicht reizend wirke, als solche das Quecksilber-Chlornatrium erkannt und darüber bereits 1870 berichtet. Er hatte damals den inneren Gebrauch vorwiegend berücksichtigt und die subcutame Anwendung nur kurz erwähnt. Nachdem in der Klinik des Prof. Reder in Wien Gschirhakl damit günstige Resultate erzielt hat (S. diese Vierteljahresschr. 1877 pag. 427), erörtert er nun den Gegenstand seinerseits weiter.

Wie Voit erkannt hat, lösen Kochsalzlösungen die meisten Quecksilberverbindungen, sowie fein vertheiltes regulinisches Quecksilber auf unter Bildung von Quecksilber-Chlornatrium. Die wässerige Lösung dieser Verbindung reagirt nicht mehr sauer, wie Sublimatlösung, sondern neutral und jene Doppelverbindung bildet sich jedesmal bei Einfuhr gleichviel welches der gebräuchlichen Quecksilber-Präparate in den Organismus. Endproduct bei Quecksilbereinfuhr sei aber, nach Müller, nicht ein Quecksilberoxyd- oder Oxydulalbuminat (Voit, Overbeck), sondern das Quecksilber-Doppelsalz mit überschüssigem Chlornatrium circulire als solches frei von Eiweiss im Körper und werde auch frei von Eiweiss wieder ausgeschieden. Daher sei es rationell, nur diese Verbindung intern oder subcutan einzuverleiben, um so mehr, als sie Eiweiss nicht fällt und daher schon deshalb viel weniger reizend wirke als das Sublimat für sich. Auch bedinge die Zufuhr von Chlornatrium, als eines im Organismus sehr verbreiteten Körpers, in genügender Verdünnung keine Reizwirkung. Zufuhr von Chloralkalien bewirke stets eine gesteigerte Wirkung einverleibter Quecksilber-Präparate, so sei die erhöhte Wirksamkeit von Calomel bei kochsalzreicher Nahrung, sowie die Unterstützung der Schmierkur durch vermehrtes Schwitzen zu erklären.

Wie die Erfahrung lehrt, wirken subcutane Injectionen von Sublimatlösungen mit dem zehnfachen Zusatz von Kochsalz ungleich weniger reizend als reine Sublimatlösungen derselben Concentration und hinterlassen auch nur selten entzündliche Härten, während bei



geeigneter Wahl der Stichstelle Abscesse und Gangränescenz der Haut sicher zu vermeiden sind. Die Flüssigkeit soll langsam eingespritzt werden; 0·008—0·010 Sublimat mit der zehnfachen Menge Chlornatrium in 2 Grm. Wasser gelöst pro dosi, täglich 1—2 Injectionen. Als Folge schneller Quecksilberwirkung treten sehr bald die Zeichen beginnender mercurieller Stomatitis ein, die jedoch stets (Das ist je nachdem. A.) in bescheidenen Grenzen sich halten und niemals eine Unterbrechung der Kur nothwendig machen. Sonst seien nennenswerthe üble Zufälle bei dieser Methode nicht beobachtet worden, die eine ambulatorische Behandlung zulässt und den Kranken wenig Beschränkung auferlegt. Bei subcutaner Anwendung des Quecksilberchlorid-Chlornatriums mit einem Ueberschuss von Chlornatrium waren bei allen beobachteten Formen secundärer Lues kaum die Hälfte der Zeit und ein ungleich geringeres Quantum von Quecksilber zur Heilung erforderlich, als bei anderen Heilverfahren. (? A.) Recidive blieben bei der Injectionscur nicht aus, doch hatten sie stets einen regressiven Charakter (? A.). Unzweifelhafte Vorzüge dieser Methode seien also folgende: 1. Sie beseitigt die Symptome der secundären Lues in relativ kurzer Zeit und ist daher besonders da am Platze, wo Gefahr im Verzuge ist; 2. sie macht auffallend kleine Quecksilbergaben nothwendig; 3. macht sehr geringe locale Reizwirkungen; 4. greift den Organismus nur sehr wenig an; 5. verursacht nur sehr geringe Grade von Stomatitis; 6. die Methode zeichnet sich durch Sauberkeit aus und macht einen Gehilfen entbehrlich, und 7. stört die Patienten sehr wenig in der gewohnten Lebensweise. Daher dürfte sie auch vielleicht bei anderen Krankheiten, namentlich bei Entzündungen der tieferen Augengebilde und der serösen Häute mit Vortheil versucht werden.

Wir haben im vorigen Jahrg. dieser Viertelj. (1877, pag. 439) Mittheilungen verschiedener italienischer Autoren über die Tayuya als Antisyphiliticum registrirt [1]), welche sich sämmtlich sehr günstig aussprachen. Wir bringen nun einige ganz anders lautende Referate über derlei Versuche unseren Lesern kurz zur Kenntniss, und zwar zuerst einen Bericht von Casarini in Modena (**46**), welcher in vier

[1]) Den dort angeführten: Faraoni, Galassi, Longhi, Martin sind noch beizufügen: Gabba, Zanoni, Ivon (sämmtliche pharmaz. physiologische Untersuchungen); ferner Bettelli, Gamba, Ambrosoli, Belluzzi. A.



Fällen vollkommen negative Resultate erzielte und eine sehr abfällige Kritik über die Prüfungsmethoden der bisherigen Untersucher ausübt; ferner eine mit eminenter Sorgfalt und Genauigkeit angestellte klinische Beobachtung von Tanturri (47) mit demselben Erfolg; noch illustrirt dadurch, dass nach Beseitigung der einen Monat lang vergeblich angewendeten Tayuya durch Mercur eine sofortige Besserung erzielt wurde — endlich ein kritisches Exposé der Redaction des Morgagni (Prof. Vizioli) (48), welcher sich der Kritik Casarinis in noch schärferer Weise anschliesst und bei neuen Versuchen mindestens eine streng klinische Beobachtung ohne günstiges Vorurtheil für das Mittel verlangt.

(Wir selbst haben uns vergeblich bemüht, das Mittel von den Besitzern Gebr. Ubicini in Pavia und Mailand zu erlangen und sind daher nicht in der Lage ein selbstständiges Urtheil zu fällen. Naheliegend scheint es jedenfalls, an die Schicksale des Guajakholzes im 16. Jahrhundert und an die berühmte Schrift Ulrich's von Hutten, dem Erzbischof Adalbert von Mainz gewidmet „de morbi gallici curatione per administrationem ligni Guajaci" zu erinnern, in welcher sich der berühmte Autor nach vergeblicher oft wiederholter Schmier- und Hungerkur als durch Guajak geheilt erklärt und dasselbe hoch anpreist. Bekanntlich starb Hutten an Knochenfrass und Cachexie auf der Insel Uffnau im Zürichersee elendiglich. A.)



Varia.

Erste Jahresversammlung der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft in „Niagara Falls“ am 4., 5. und 6. September 1877 unter dem Vorsitze des Prof. James C. White aus Boston.

Nachdem der Vorsitzende die Versammlung mit einer Skizze über den Fortschritt der Dermatologie in Amerika eröffnet hatte, worin in beredter Weise die Verdienste Hebra's und sein Einfluss auf die Dermatologie Amerikas gewürdigt sind, wurden folgende wissenschaftliche Vorträge gehalten, an die sich theilweise Discussionen knüpften:

1. Tag. Dr. Brooks (aus Chicago): Ueber Krankheitserscheinungen durch den Gebrauch von Jodkalium bedingt.

Dr. Bulkley (New-York): Ueber das sogenannte Eczema marginatum von Hebra, beobachtet in Amerika.

Dr. van Harlingen (Philadelphia): Ueber die Pathologie der Seborrhöe.

Dr. G. M. Fox (New-York): Ueber Molluscum contagiosum.

2. Tag. Dr. Campbell (New-York): Ein Fall von echter Prurigo.

Dr. Hyde (Chicago): Ueber die Immunität gewisser Mütter von hereditär syphilitischen Kindern.

Dr. Heitzmann (New-York): Ueber die Beziehung zwischen Impetigo herpetiformis und Pemphigus.

Dr. Hardaway (St. Louis): Ueber die Lymphgefäss-Theorie der syphilitischen Infection.

Dr. R. W. Taylor (New-York): Ueber Xeroderma.

Dr. Yandell jr. (Louisville): Ueber die Aetiologie der Hautkrankheiten.

3. Tag. Dr. Duhring (Philadelphia): Ein Fall noch unbeschriebener Brüchigkeit der Haare.



Discussion über Syphilis hereditaria tarda.

Die Versammlung setzte ausserdem Ausschüsse nieder, welche über folgende Punkte berathen sollen:

a) Ueber Nomenclatur: (White, Duhring, Taylor, Wigglesworth, Heitzmann);

b) Ueber Statistik: (White, Bulkley, Hyde, Atkinson, Hardaway, Yandell, van Harlingen, Brodie).

Das Bureau für das nächste Jahr wurde folgendermassen zusammengesetzt:

Präsident: James C. White (Boston).

Vice-Präsidenten: L. D. Bulkley und C. Heitzmann (New-York).

Secretär: R. W. Taylor (New-York).

Schatzmeister: J. E. Atkinson (Baltimore).

Zu Ehren-Mitgliedern wurden mit Einstimmigkeit gewählt: Hebra in Wien, Wilson in London, Hardy in Paris.

Als Versammlungsort für das Jahr 1878 wurde Saratoga im Staate New-York und als Zeit der letzte Dienstag im August bestimmt.

Die wichtigsten der oben erwähnten Vorträge werden auszugsweise in unserem „Berichte“ in den nächsten Heften der Vierteljahresschrift den Lesern mitgetheilt werden.

Prof. Heinrich Köbner in Breslau hat aus Gesundheitsrücksichten die Leitung der dermatologischen Klinik in Breslau niedergelegt und seinen Wohnsitz und seine wissenschaftliche und praktische Thätigkeit nach Berlin verlegt.

Seine Stelle in Breslau ist vom königl. Ministerium dem bisherigen Privatdocenten in Berlin, Dr. O. Simon übertragen worden.



Bibliographie des Jahres 1877.

I. Verzeichniss.

Dermatologie und Vaccine.

Aguilhon E., Ueber d. Hornpapillome an d. Füssen. Archiv gén. 6. S. XXIX. p. 316 März.

Apolant. Ueber Arzneiexantheme. Berl. klin. Wchnschr. XIV. 25.

Arnould J., Furunkel und Ecthyma bei Cavalleristen. Rec. de mém. de méd. et chir. mil. 3. S. XXXIII. pag. 51. Jänner—Februar.

Baader A., Zur Aetiologie d. Erysipelas. Schweiz. Corr.-Bl. VII. 3. 4. 5.

Baginsky A. Hämorrhag. Masern etc. Oest. Jahrb. f. Pädiatrik VIII, 1. p. 101, 104.

Bang O., Zur Statistik des Erysipel. Hospit.-Tidende 2 R. IV. 11.

Baske H. J., Die Masern u. der Keuchhusten, („Med. Hausbücher 30. Hft".) Berlin, Denicke. 8. 39 S.

Bayley. Zwei Fälle von totaler Erblindung nach Scharlach in derselben Familie. Lancet II. Sept. 11. pag. 391.

Bennett A., Dobbie J., Ueber Behandl. d. Tinea tonsurans. Brit. med. Journ. 10. Febr. p. 163.

Benson, Hawtrey, Elephantiasis Graecorum. Dubl. Journ. LXIII. p. 562. (3. S. Nr. 66.) Juni.

Bergh R., Bericht über d. Abtheilung f. Hautkrankheiten und Syphilis im allgem. Hosp. zu Kopenhagen f. d. J. 1876. Hosp.-Tidende 2. R. IV. 33. 34. 36. 39. 40.

Betz Friedr., Hydropsien der Schleimbeutel bei der Scharlachwassersucht. Memorabilien XXII. 4. p. 155.

Betz J., Ueber gleichzeit. Vorkommen v. Typhus u. Eruptions-Fiebern. Gaz. d. Hôp. 110.



Bizzozero G. u. N. Manfredi, Ueber Molluscum contagiosum. Arch. per le Sc. mediche I. 1. p. 1.

Blackburn, H. B., Ueber Behandlung d. Augenaffectionen b. Pocken. Brit. med. Journ. Jan. 27 p. 104.

Bockius, F. B., Ueber Anwendung des salpeters. Kali bei Scarlatina. Chicago med. Journ. and Examiner. XXXIV. 4. p. 310. April.

Bollinger O., Ueber Menschen und Thierpocken, über den Ursprung d. Kuhpocken und über intrauterine Vaccination. (Samml. klin. Vortr., herausgeg. von Rich. Volkmann. Nr. 116. Innere Med. Nr. 42.) Leipzig. Breitkopf u. Härtel. gr. 8. 40 S.

Bouchard Ch., Untersuchungen über die Entstehung d. Erythema solare u. d. Erythema pellagrosum. Gaz. de Par. 23. p. 284.

Breganze N., Ueber Pocken und Petechien im Rotonda-Hospitale. Gazz. Lomb. 7. S. IV. 8.

Bronson Edward B.. Ueber durch Hitze erzeugte Hauteruptionen. Arch. of Dermatol. III. 2. p. 111. Jan.

Bremme, Ueber dünnflüssige Pocken-Lymphe. Vjhrschr. f. ger. Med. N. F. XXVII. 1. p. 170. Juli.

Bristowe J. S., Ueber das Verhältniss zwischen Masern und Rötheln. Lancet II. Aug. 8. p. 296.

Buchmüller Anton, Beobachtung über eine Röthel-Epidemie. Wien. med. Presse XVII. 38. 39.

Bulkley, L. Duncan, Analyse von 772 Fällen von Hautkrankheiten, welche im J. 1876 im Demilt Dispensary in New-York behandelt wurden (Abdruck des New-York med. Journ. April, June 1877.) New.-York. D. Appleton u. Co. 8. 48. 48. S.

Bulkley, L. Duncan, Ueber locale Behandlung gewisser Hautkrankheiten. Arch. of Dermatol. III. 4. p. 420. July.

Bulkley, L. Duncan, Ueber Nomenclatur und Classification der Hautkrankheiten. Arch. of Dermatol. III. 3. p. 200. April.

Bulkley, L. Duncan, Fälle von Hydroa. Arch. of Dermatol. III 3. p. 217. April.

Bulkley L. Duncan, a) Ueber Morphaea. — b) Ueber locale Behandl. gewisser Hautkrankheiten. — c) Acne indurata; entstellende Narben, den Pockennarben ähnlich. — d) Scorbutische Purpura; rasche Heilung durch Secale und Citronensaft. — e) Erythema nodo-



sum. — f) Ichthyosis. Arch. of Dermatol. III. 2. p. 100. 122. 131. 133. 135. Jan.

Burckhardt-Merian Alb., Zusammenstellung der Voten der sämmtlichen legitimen Schweizer Aerzte. d. Vaccination betr. Schweiz. Corr. Bl. VII. 3. 4. — Gesundheit II. 13.

Bushe C. J. L., Ueber Behandlung d. Herpes circinatus mit Chrysophansäure. Brit. med. Journ. 14. April. p. 453.

Cattani E., Reminiscencen aus einer Scharlach-Epidemie. Schweiz. Corr.-Bl. VII. 5. p. 144.

Campbell Robert, Ueber die Beziehungen zwischen Eczem und Psoriasis. Arch. of Dermatol. III. 4. p. 311. Juli.

Carraro, Giovanni, Ueber „differentielle" Vaccination. Ann. univers. Vol. 239. p. 313. April.

Casagrande, Giuseppe, Variola-Epidemie zu Puteoli in den Jahren 1871—72. Il Raccoglitore med. 4. S. VIII. 1 p. 12. Juli.

Casats L., Ligatur der Art. poplitea b. Elephantiasis d. Unterschenkels. Bull. de Thér. 92. Bd. p. 113. 15. Febr.

Chameides J., Zur Casuistik d. Scarlatina u. Diphtheritis. Wien. med. Presse XVIII. 36.

Chiari Hanns, Ueber tubercul. Geschwüre der Haut in einem Falle v. chron. Lungen- u. Darmtuberculose. Wien. med. Jhrb. III. p. 328.

Cobleigh E. A., Oedem nervösen Ursprunges. Philad. med. and surg. Reporter XXXVI. 4. p. 74. Jan.

Coën R., Die ansteckenden Krankheiten: Typhus, Cholera, Pocken etc. und die orientalische Pest. Wien, Hartleben. 8. 127 S.

Cortis Wm. S., Ueber Verhütung und Ausbreitung der Pocken in London. Lancet I. 1. 2; Jan. p. 31. 70.

Cottle, Wyndham, Carbolsäure gegen Tinea tonsurans. Brit. med. Journ. 4. Aug. p. 136.

Cottle E., Wyndham, Ueber d. Einfl. d. Temperatur auf Entstehung d. Pompholyx d. Hände. Lancet I. 15; April.

Crocker H., Radcliffe, Goa- oder Araroba-Pulver gegen Tinea tonsurans. Lancet I. 4; Jan.

Cross John, Anomale Hauteruption b. Variola. Brit. med. Journ. 28. April. p. 505.

Curschmann H., Pocken in Ziemssen's spec. Path. u. Th. 2. Aufl. Bd. II.

D'Ailli A. J., Bericht über d. Thätigkeit d. Ges. zur Beförd. d. Kuhpockenimpfung f. Arme in Amsterdam f. d. J. 1876, Nederl. Weckbl. 12.

Damon, Howard F., Ueber Erythem. Rep. of the Boston City Hosp. 2. S. I. p. 149.

Dave J., Fälle von Erysipelas traumat. d. Gesichts, erfolgreich behandelt mit Jaborandi. Journ. de Thér. IV. 4. p. 127 Febr.

Day John, Ueber Anwend. d. Hydrogenperoxyd zur Verhütung der Ausbreitung des Scharlachs u. d. Pocken. Med. Times and Gaz. March. 10.

Dehio Carl, Zur pathol. Anatomie der Lepra. Dorpat. med. Ztschr. VI. 3 u. 4. p. 233.

Desprès, Herpes lingualis, Glossitis partialis. Gaz. des Hôp. 18.

Dohrn, Uebertragbarkeit d. Pemphigus. Arch. f. Gynäcol. XI. 3. p. 567.

Dorozynski, Fall von Sclerodermie. Wien. med. Presse XVIII. 33.

Drysdale Charles R., Ueber animale Vaccination. Med. Times and Gaz. 27. Jan. p. 103.

Duhring Louis A., Blaseneruption durch Jodkalium erzeugt. Philad. med. and surg. Rep. XXXVII. 5. p. 89. Aug.

Duhring Louis A., Atlas d. Hautkrankheiten Part. II. Acne rosacea; Ichthyosis; Tinea versicolor; Sycosis non parasitaria. Philadelphia. Lippincott u. Co. Fol. 4 Taf. mit 4 Bl. Text.

Duhring Louis A., Tinea versicolor. Philad. med. Times VII. 245; April.

Duhring Louis A., Ein bärtiges Weib. Am. Arch. of Derm. III. 3. p. 193. April.

Durand-Fardel Max, Ueber d. Lepra in China, Gaz. de Par. 28. 30. 33. 34.

Ebersold, Theorie d. Blatternkrankheit. Gesundheit. II. 13.

Ebersold A., Drei Steine des Anstosses (die Blatternkrankheit eine Parasitenkrankheit der Haut). Zürich. Cäs. Schmidt 8. 75 S.

Edmonds F. H., Ueber d. Vitalität d. Maserncontagium. Brit. med. Journ. April 28. p. 511.

Erichsen Al., Salicylsäure bei Scharlach. Petersb. med. Wchnschr. 11.

Erlach R. v., Ueber Dermatomykosen. Schweizer Corr. Bl. VII. 13.

Esoff Johannes, Zur Lehre von d. Ichthyosis u. von d. Epithelwucherungen b. ders., nebst Bemerkungen über d. Haarwechsel. Virchow's Arch. LXIX. 3 und 4. p. 417.

Fallet, Bronzehaut bei Nebennierenerkrankung; Pott'sche Krankheit; Geschwulst im Kleinhirn. L'Union 111.

Farquharson Robert, Ueber d. Verhältnisse zwischen Variola und Varicella. Lancet II.; Juli p. 309.

Farquharson Robert, Ueber d. Verhältniss zwischen Masern u. Rötheln. Lancet II. 11; Sept. p. 409.

Farnham Edwin, Vitiligo bei einem Kinde. Boston med. and surg. Journ. XCVI. 26. p. 765. Juni.

Faust B. C., Ueber die Ausrottung der Blattern. Deutsche Vjschr. f. öff. Gespfl. IX. 4. p. 705.

Fenwick J. C. J., Fälle von Scharlach. St. George's Hosp. Rep. VIII. p. 345.

Fèvre A., Schwarzsucht bei einem Geisteskranken. Am. med. psych. 5. S. XVII. p. 375. Mai.

Fiorani, Ueber Entstehung d. Hospitalerysipels. Gazz. Lomb. 7. S. IV. 6.

Fleischmann Alfred, Variola ohne Eruption. Brit. med. Journ. April 7.

Föhr, zur Statistik des Scharlachfiebers. Württemb. Corr.-Bl. XLVII. 13.

Ford A., Erysipel bei Puerperis. Brit. med. Journ. 2. Juni p. 677.

Foulis David, Ueber Behandl. d. Tinea tonsurans mit d. Blättern von Cassia alata. Brit. med. Journ. 20. Jan. p. 71.

Fox Geo. Henry; Edward L. Keyes, Edward B. Bronson, Fälle von Lichen planus. Arch. of Dermatol. III. 2. p. 129. 130. Jan.

Fox T. C., Pemphigus foliaceus mit tödtl. Ausgange. Med. Times and Gaz. 20. Jan.

Fox, Tilbury, Ueber Behandl. d. Tinea tonsurans durch Cassia alata. Brit. med. Journ. 3. Febr. p. 134.

Fox, Tilbury, Ueber d. Delhi-Beule. Lancet I. 14; April.



Fox Chas. A., Pockenepidemien zu London. Med. Times and Gaz. Sept. 15.

Friedländer, Ueber combinirte Lymphe der Schutzpocken. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. N. F. XXVI. 2. p. 367. April.

Fränkel B., Die Agitation gegen das Impfgesetz. Deutsche Ztschr. f. prakt. Med. 27.

Fröhlich, Ueber Angina scarlatinosa et diphtheritica. Deutsche Ztschr. f. prakt. Med. 28.

Gidon, Zwei Fälle von Zona verschiedenen Ursprungs. L'année méd. II. 6; Mai.

Godfrey E. L. B. Zweimalige Erkrankung an Masern. — Masern neben Vaccina. Philad. med. Times VII. 236; April.

Gosselin, Entzündung unter einer Hautschwiele am Fusse. Gaz. des Hôp. 82.

Gosselin, Fissurae ani nach chron. Eczem. Gaz. des Hôp. 59.

Gosselin, Eczema erythematosum nach Hg. Einreibg. Gaz. des Hôp. 82.

Gosselin, Einseitige erythematös-elephantiatische Scheidenentzündung (cancrös?) Gaz. des Hôp. 89.

Grawitz P., Zur Botanik des Soor und der Dermatomycosen. Deutsche Ztschr. f. prakt. Med. 20, 21.

Grawitz P., Zur system. Botanik d. pflanzl. Parasiten mit experiment. Unters. über die durch sie bedingten Krankheiten. Virchow's Arch. LXX. 4. p. 546; Berl. klin. Wochschr, XIV. 40. p. 593.

Greene John, Ueber animale Vaccination. Brit. med. Journ. 10. Febr.

Greenough F. B., Ueber die häufigston Formen von Hautkrankheiten. Boston med. and surg. Journ. XCVI. 8. 15. 25. p. 213. 425. 733. Febr., April, Juni.

Guibout E., Ueber Pityriasis. Gaz. des Hôp. 34, 37.

Guibout E., Ueber Psoriasis. Gaz. des Hôp. 71. 74.

Guibout E., Ueber Psoriasis und Elephantiasis Arabum. Gaz. des Hôp. 77. 102. — Ueber Herpetismus. L'Union 88. 91.

Günther, Ueber animale Vaccination. Jahresber. der Ges. für Natur- u. Heilk. in Dresden, 1876—77. S. 102.

Günther Emil, Ueber die Masernepidemie von Göttingen im J. 1874—75. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck und Ruprecht. 8. 29 S. 60 Pf.



Guttmann Paul, Ueber Haut-Cysticerken. Berl. klin. Wchnschr. XIV. 26.

Halbey, Scharlachepidemie in Herborn und Umgegend in den Jahren 1872 und 1873. Berl. klin. Wchnschr. XIV. 16.

Haller, Fall von Sclerodermie b. Erwachsenen. Berl. klin. Wchnschr. XIV. 14.

Hardy, Ueber Sclerodermie. Gaz. des Hôp. 28. 31.

Harlingen Arthur van, Ueber Impetigo contagiosa. Philad. med. and surg. Reporter XXXVII. 10. p. 185. Sept.

Hartmann O., Unsere wissensch. Untersuchungsmethoden in ihrer Anwendung auf die Impffrage. Schweiz. Corr.-Bl. VII. 7. 8.

Hayden T., Ueber Mittel gegen den Schweiss. Dubl. Journ. LXIII. p. 358, April.

Hebra F., Ueber d. Wirkung d. Wassers auf d. ges. u. kranke Haut. Wien. med. Wchnschr. XXVII. 1. 2.

Henoch, Ueber Scharlach. Berl. klin. Wchnschr. XIV. 7. p. 93.

Heusinger O. v., Ueber Chininexanthem. Berl. klin. Wchnschr. XIV. 25.

Hewan Archibald, Ueber Pocken in der Umgegend von Heathen (Alt-Calabar). Lancet II. 11; Sept.

Hicks J., Braxton, Ueber den häufigen Zusammenhang zwischen Eczem und Diabetes. Lancet I. 13; März.

Hildebrandt, Abnorme Schweissabsonderung an den Händen nach Unterdrückung der Fussschweisse. Deutsch. med. Wchnschr. III. 20.

Hoquard Edouard, Ueber Pocken in d. Garnison von Lyon im Jahre 1875—76. Rec. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXIII. p. 113. März—April.

Hutchinson Jonathan, Ueber Acne. Med. Times and Gaz. 28. Juli p. 88.

Jewell J. S., Ueber von Nervenaffectionen abhängige Hautkrankheiten. Arch. of Dermat. III. 4. p. 303. Juli.

Jones Thomas E., Chrysophansäure gegen Tinea tonsurans. Brit. med. Journ. 19. Mai. p. 610.

Kanzler, Ueber Glycerinlymphe. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. N. F. XXVI. 2. p. 359. April.



Kaposi, Ueber das sogen. Molluscum contagiosum. Wien. med. Presse XVIII. 19. p. 629.

Kaposi, Zur Pathologie u. Therapie einzelner Hautkrankheiten. Wien. med. Wchnschr. XXVII. 35.

Kaposi M. Zur Lehre vom Zoster. Wien. med. Wchnschr. XXVII. 25. 26.

Keith A. D., Ueber Behandl. d. Psoriasis mit Goapulver. Brit. med. Journ. April 28. p. 510.

Kiene, Beobachtungen während der Blatternepidemie von 1871 bis 1873 im Physikate Preetz in Holstein. Vjhrschr. f. ger. Med. N. F. XXVII. p. 315. Suppl.

Kinnicut F. P., Zoster frontalis nach Verletzung. Arch. of Derm. III. 2. pag. 128. Jan.

Kirk R., Aderlass bei Hydrops scarlatinos. Glasgow med. Journ. IX. 2. p. 145. 261. April.

Klamann, Lange dauernde Desquamation nach Scharlach. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XI. 2 u. 3 p. 353.

Klebs F., Ueber Kuhpockenimpfung. Prag. med. Wchnschr. II. 2. p. 38.

Kolb G. Fr., Zur Impffrage. Unzulänglichkeit d. bisherigen Ermittlungen u. Verlangen nach Aufhebung d. Impfzwanges. Leipzig. Arthur Felix. 8. 78 S.

Königstein L., Augenerkrankungen während und nach Ablauf der Masern. Oesterr. Jahrb. f. Pädiatrik VII. 2. p. 149.

Koren, Scarlatina; Nephritis; Pyämie; Heilung. Norsk. Mag. 3. R. VI. 12. Ges.-Verh. S. 173. 1876. VII. 1. Ges.-Verh. S. 178. 1877.

Koren, Ueber die Incubationsdauer d. Masern. Norsk Mag. 3. R. VII. 6. Ges.-Verh. p. 66.

Korösi Jos., Zur Blattern-Statistik. Wien. med. Wchnschr. XXVII. 29. p. 713.

Koucky Jos. W., Scarlatina mit Complicationen und Nachkrankheiten. Med.-chir. Centr.-Bl. XII. 32. 33.

Köbner Heinrich, Ueber Arznei-Exantheme, insbesondere über Chinin-Exanthem. Berl. klin. Wchnschr. XIV. 22. 23.

Labonté J., Ueber tuberculöse Leprose. Edinb. med. Journ. XXIII. p. 224. (Nr. 267) Sept.



Lamberti Nicola, Zoster geheilt mit Carbolsäure. Riv. clin. 2. S. VII. 8. p. 236.

Lawson Henry, Collodium elasticum gegen Eczem. Lancet I. 25; June.

Lazansky Leopold, Ueber pathol. Hornbildungen. Prag. med. Wchnschr. II. 16. 17.

Lebedinsky, Veränderungen des Eierstockes bei Scarlatina. Pet. med. Wchnschr. II. 18. p. 153.

Lederer, Ueber d. Schutzkraft d. Impfung. Wien. med. Presse XVIII. 6.

Lee Robert J., Ueber Behandl, d. Tinea tonsurans. Brit. med. Journ. 21. Juli.

Lewin G., Ueber d. Einfluss d. Nerven auf d. Erzeugung und Entwicklung von Hautkrankheiten. Vasomotorische Dermatosen. Deutsche Ztschr. f. prakt. Med. 2. 4. 17.

Lewis Timothy, Filaria sanguinis hominis in einem Blutgerinnsel bei nävoider Elephantiasis scroti. Lancet II. 13; Sept.

Lewis T. R. und D. D. Cumingham, Lepra in Indien. Calcutta. Office of the Superintendent of Government Printing. 8. 73 pp.

Lewis T. R. and D. D. Cumingham, „Oriental Sore" in Indien. Calcutta. Office of the Superintendent of Government Printing. 8. 59 pp.

Lewkowitsch Hugo, Ein Beitrag zur Streitfrage der Existenz der Impetigo contagiosa oder parasitaria. Inaug.-Diss. Breslau. Korn. 26 S. — Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XI. 2. u. 3 p. 303.

Liégey Miliaria, metastat. Abscesse bei einem 11jähr. Kinde. Journ. de Brux. LXIV. p. 253. März.

Lindner Sam., Zur Prognose des Pemphigus foliaceus. Pester med.-chir. Presse XIII. 15.

Longhurst Arthur E. T., Ueber Scharlachfieber. Med. Times and Gaz. Juli 14. — Lancet II. 4; Juli p. 141.

Longstreth M. Nagelveränderung bei fieberhaften Krankheiten. Phil. med. and surg. Rep. XXXVII. 9. p. 170. Sept.

Lutz Ch., Nachtragsbestimmungen f. d. Impfgesetz. Bayer. ärztl. Intell.-Bl. XXIV. 1.



Lyman Henry M., Ueber Scharlachfieber in Bezug auf öffentl. Gesundheitspflege. Chicago med. Journ. and Examiner XXXIV. 6. p. 514. Juni.

Marais Henry, Ueber die Incubationsdauer der Variola. L'Année méd. II. 5; April.

Marcus F., Frühzeitige Urämie mit Tobsucht b. Scharlach. Berl. klin. Wchnschr. XIV. 40.

Martin Henry A., Ueber ungünst. Ausgang nach der Vaccination. Boston med. and surg. Journ. XCVI. 5. p. 125. Febr.

Marty J., Sporad. Pellagra. Gaz. des Hôp. 70. 72.

May Ernst, Zweimalige Erkrankung an Scharlach nach 10 Wochen. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XI. 2 u. 3. p. 353.

Mecklenburg, Zur Impffrage. Vjhrschr. f. ger. Med. N. F. XXVII. 1. p. 164. Juli.

Mettenheimer C., Einige Gedanken über die Impffrage. Memorabilien XXII. 6. p. 241.

Meyer Lothar, Ueber Vaccination und Revaccination. Virchow's Arch. LXX. 2. p. 229.

Michaelis, Salicyl-Eiweiss und Ricinus-Collodium gegen Aufreibungen und Flächen-Entzündungen d. Haut. Wien. med. Presse. XVIII. 15.

Michelson, Ueber Herpes tonsurans und Area Celsi. (Samml. klin. Vorträge, herausgegeben von Rich. Volkmann. Nr. 120. Chir. Nr. 36.) Leipzig. Breitkopf und Härtel. gr. 8. 35 S. mit 2 Tafeln.

Mickle W. J. Einseitige Schweissabsonderung bei allg. Paralyse d. Irren. Journ. of mental Sc. XXIII. p. 196.

Milroy Gavin, Ueber d. Contagiosität d. Leprose. Med. Times and Gaz. 14. Juli.

Milroy Gavin, Ueber Framboësia und verwandte Krankheiten. Med. Times and Gaz. Febr. 17.

Molinari G. B., Ueber Morphaea alba. Gazz. Lomb. 7 S. IV. 31.

Molinari G. B., Ueber Anwend. d. Arsenik u. seiner Präparate b. Hautkrankheiten. Gazz. Lomb. 7 S. IV. 11.

Monatsterblichkeit, graphische Darstellung der in Leipzig, und Durchschnitts-Sterblichkeit in Chemnitz vor und nach d. Einführung d. Vaccination. Chemnitz. Berlin. 1 Bl. gr. Fol.

„Mucor“, Ueber Verhütung der Masern. Med. Times and Gaz. 28. April.

Muhlenberg W. F., Ueber Vaccination mit Kuhpocken. Philad. med. and surg. Reporter XXXVI 1. p. 6. Jan.

Munro W., Ueber Leprose. Edinb. med. Journ. XXII. p. 802, (Nr. 261.) März.

Munro W., Ueber Leprose. Edinb. med. Journ. XXIII. p. 143. (Nr. 266.) Aug.

Murray J. Ivor, Ueber d. flüssige Extract von Tong Pang Chong (Berberideae) gegen Hautkrankheiten. Brit. med. Journ. Mai 19.

Murphy, Shirley; Jas. B. Russell. Ueber Behandl. d. Masern in Hospitälern. Lancet II. 4. July. p. 143.

Neumann I., Ueber primäre lupöse Erkrankung d. Auges. Wien. med. Wchnschr. XVIII. 2. 3.

Oehme W., Ueber Erythema nodosum. Jahresber. d. Ges. f. Natur- und Heilkunde in Dresden. 1876—77. S. 224. — Arch. der Heilk. XVIII. 5. p. 426.

Ollerhead Thomas J., Ueber Anwendung der Chrysophansäure bei Behandlung d. Hautkrankheiten. Brit. med. Journ. 5. May. p. 546.

Pepper William, Endokarditis mit Gerinnseln im Herzen b. malignem Scharlach. Philad. med. and surg. Reporter XXXVI. 23. p. 497. Juni.

Petersen F., Ueber acute Vergiftung mit salicylsaurem Natron und subcut. Inject. von Salicylsäure bei Erysipel. Deutsch. med, Wchnschr. 2. 3.

Pflüger, Chinin-Exanthem. Berl. klin. Wchnschr. XIV. 87.

Pollock Julius, Ueber Rötheln. Lancet I. 19; Mai.

Pollock Julius, Ueber die Schutzkraft der Vaccination. Lancet I, 8; Febr. p. 295.

Popper M., Ueber Pockenepidemien in Prag. Prag. med. Wchnschr. II. 8. 9.

Přibram. Ueber d. Einfluss d. salycils. Natron auf d. Fieber d. Variola u. über Variola-Impfung. Prag. med. Wchnschr. II. 2. 3. p. 37. 59.

Prideaux Engledue, Ueber d. Pocken in Derby im J. 1876. Lancet II. 4; Juli.



Rabbe F. J., Zur Geschichte d. Einführung d. Vaccination in Finnland. Finska läkaresällsk. handl. XIY. 1. S. 18.

Raynaud Maurice, Ueber d. Lymphe als Verbreitungsweg d. Vaccina. Gaz. de Par. 27. p. 334.

Raynaud Mor., Ueber den Einfluss des Blutes auf die Uebertragung d. Schutzkraft d. Vaccine. (Acad. d. Sc.) L'Union 38. p. 538. — Gaz. de Paris 13. p. 159.

Riehn Carl, Ueber einen Fall von Sclerodermie. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. 8. 36 S. 60.

Rigden George, Ueber d. Einfluss d. Pocken b. d. Mutter auf d. Fötus. Brit. med. Journ. 24. Febr. p. 229.

Ritchie James, Ueber Behandl. d. Pityriasis versicolor. Edinb. med. Journ. XXII. p. 604. (Nr. 259.) Jan.

Rizzoli Francesco, Weisse Haare auf d. Stirne, angeboren u. erblich, Bologna. Tipi Gamberini e Parmeggiani 8. 4. pp.

Robinson Henry, Confluirende Pocken im 7. Schwangerschaftsmonate. Brit. med. Journ. 10. Febr. p. 163.

Robinson A. R., Ueber Pompholyx (Cheiropompholyx Hutchinson, Dysidrosis Tilbury Fox). Arch. of Dermatol. III. 4. p. 289. July.

Robson A. W. Mayo, Pityriasis versicolor, behandelt mit Goapulver. Brit. med. Journ. May 19. p. 610.

Rohè George H., Ueber Herpes Zoster vom klin. Gesichtspunkte. Arch. of Dermatol. III. 4. p. 318. Juli.

Röll, Ueber die Cultur animaler Vaccine. Wien. med. Wchnsch. XXVII. 13. 14. 15.

Roncati Pietro, Ueber Vaccination. Gazz. Lomb. 7 S. IV. 12.

Rotter E. Zur Impfung im deutschen Heere. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. VI. 8 u. 9. p. 381.

Roretz A. v., Elephantiasis scroti. Operation. Heilung (Japan) Wien. med. Wchnschr. XXVII. 22.

Russel James, Fall von Pemphigus. Med. Times and Gaz. Jan. 6.

Scheby-Buch, Exanthem nach Chinin. Berl. klin. Wchnschr. XIV. 37.

Schipek, Reizung der Haut durch Seethiere (Coelenteraten). Militärarzt XI. 2. p. 12.

Schipek, Ueber Impfung. Wiener med. Presse XVIII. 14. p. 463.

Schulin Carl, Zur Histologie der Haare. Ztschr. für Anat. u. Entwicklungsgesch. II. 5 u. 6. p. 375.

Sesemann E., das Eczem an Händen u. Füssen u. seine Behandlung. Petersb. med. Wchnschr. 1.

Sharkey, Seymour J., Ueber d. Nichtidentität d. Variola u. Varicella. Lancet II. 2; Juli.

Sherwell S., Ueber Tättowirung d. Naevi. Arch. of Dermatol. III. 3. p. 214. April.

Sherwell S., Fall von Pemphigus foliaceus. Arch. of Dermatol. III. 2. p. 97. Jan.

Singer Ignaz, Ueber d. Schutzkraft d. Impfung. Wien. med. Presse XVIII. 8.

Sneddon Wm., Fall von Pemphigus chronicus. Glasgow med. Journ. IX. I. p. 54. Jan.

Squire Balmanno, Ueber Anwendung d. Goapulvers gegen Hautkrankheiten. Med. Times and Gaz. Febr. 10.

Squire Balmanno, Ueber Anwendung der Chrysophansäure gegen Hautkrankheiten. Brit. med. Journ. 23. Dec. 1876. 27. Jan. 17. Febr. 1877.

Squire Balmanno, Ueber Behandl. d. Scabies. Brit. med. Journ. 16. Juni.

Squire Balmanno, Acne rosacea behandelt mittelst Einreibungen von Chrysophansäure. Med. Times and Gaz. 23. Juni.

Stilling Heinrich, Zur Anatomie u. Pathologie d. Lupus. Deutsche Ztschr. f. Cir., VIII. 1. p. 72.

Stowers J. Herbert; W. Leavens White, Ueber Behandlung d. Tinea tonsurans mit Eisenperchlorid. Brit. med. Journ. 3. März. p. 259.

Stricker Wilhelm, Zwei ältere Fälle von Hypertrichosis. Virchow's Arch. LXXI. I. p. 111.

Sullivan John L., Ueber Desinfection b. Scarlatina. Boston med. and surg. Journ. XCVII. 6. p. 156. Aug.

Tanturri V., Fälle von Alibert's Sycosis fungoides (Il Morgagni Jänner). Lo Sperimentale XXXIX. p. 601. Juni.

Testut, Ueber die Symmetrie bei Hautaffectionen. Gaz. des Hôp. 26.

12*



Testut, Zur allgem. Pathologie der Hautkrankheiten. Gaz. des Hôp. 29.

Thin George, Ueber Eczema marginatum Hebra's. Practitioner CIII. p. 34. Jun.

Thiry, Ueber veraltete Psoriasis u. deren Behandl. mit Jaborandi. Presse méd. XXIX. 34.

Thiry. Ueber Herpes u. seine Folgen. Presse méd. XXIX. 24.

Thiry, Ulceröses Hautscrophulid; Erythema rodens d. Gesichts. Presse méd. XXIX. 15.

Thomas, Acute Infectionskrankheiten in Ziemssen's spec. Path. u. Th. 2. Aufl. Bd. II.

Thurman Amadeo, Chloasma cachecticum mit Vitiligo b. einem Greise. Ann. univers. Vol. 239. p. 209. März.

Tripier Léon, Neuralgia facilis mit epileptogener Zona. Neurotomie und Osteotomie, Heilung. Gaz. hebd. 2 S. XIV. 37.

Unna P., Ueber d. Sitz d. Pocke in d. Epidermis u. d. ersten Stadien d. Pockenprocesses. Virch. Arch. LXIX. 3 u. 4. p. 409.

Unterberger S., Diuretische Wirkung d. Blatta orientalis bei Nephritis scarlatinosa. Petersb. med. Wchnschr. II. 34.

Unterberger S., Zur Kenntniss der Masern u. d. Scharlachs. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XI. 4. p. 357.

Unterholzner, Ueber Scarlatina recidiva. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XI. 4. p. 433.

Vaccinelymphe, Anstalt zur Gewinnung solcher in Utrecht. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. 33.

Vidal, Hautatrophie in Folge troph. Störung nach peripher. Lähmung. Gaz. de Par. 30. p. 373.

Vogt Adf., Die Pocken- und Impffrage im Kampf mit der Statistik. Schw. Corr.-Bl. VIII. 9.

Vroesam de Haan, Zur Schutzpockenimpfung in Rotterdam im J. 1876. Nederl. Weekbl. 11.

Warlomont E., Ueber animale Vaccination. Brit. med. Journ. 10. Febr. p. 183.

Weigert Carl, Ueber den Sitz der Pocke in der Epidermis und die ersten Stadien des Pockenprocesses. Virchow's Arch. LXXI. 1. p. 113.

Welch W. M., Ueber Vaccination während d. Incubationsperiode d. Pocken. Philad. med. Times VII. 241; Febr.



Whipham T., Nutzen der Chrysophansäure b. Psoriasis. Med. Times and Gaz. 22. Sept.

Whipham T., Fälle von Hautkrankheiten. St. George's Rep. VIII. p. 215.

Wilson Edward T., Ueber animale Vaccination. Brit. med. Journ. 17. Febr. p. 216.

Wilson Erasmus, Xanthelasma oder Xanthom. Brit. med. Journ. 10. Febr. p. 184.

Woronichin N., Ueber Nigrismus. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XI. 4. p. 385.

Zehnder C., Die Zürcherische Pockenstatistik. Schweiz. Corr.-Bl. VII. 11. 12. 13. 14.

Zeissl H., Fall von Pemphigus foliaceus. Wien. med. Wchnschr. XXVII. 10. 11.

Zeroni H., sen., Ueber Scharlach. Aerztl. Mitth. a. Baden. XXXI. 11. 12.

Zippe H., Mord, begangen im Fieber-Delirium vor d. Blattern-Eruption. Allg. Ztschr. f. Psych. XXXIV. 2. p. 205.

Zippe H., Mord, verübt im ersten Fieberdelirium vor d. Ausbruch d. Pocken. Wien. med. Wchnschr. 27. 67.

Zuelzer H. Schweissfriesel, Dengue, Heufieber, Erysipelas in Ziemssen's spec. Path. u. Th. 2. Aufl. Bd. II.



Originalabhandlungen.



Ein Fall von Sclerodermia universalis.

Von

Dr. Mader,

k. k. Primararzt im Rudolfspitale in Wien.

Antonia Rudischer, 17jährige Fabriksarbeiterin, wurde am 5. Mai 1877 sub J.-Nr. 2422, auf der dritten medicinischen Abtheilung des Rudolfspitales aufgenommen.

Bezüglich der Anamnese liess sich Folgendes ermitteln:

Die Kranke gibt an, dass sie vor acht Monaten, wie sie meint, in Folge von Verkühlung, die Anfänge ihres Leidens gespürt habe, und zwar seien zuerst Schwellungen an beiden Sprung-, weiters an beiden Knie- und Handgelenken aufgetreten. Dann sei die krankhafte Veränderung der Haut weiter geschritten. Vor circa 6 Monaten bemerkte sie die Erstarrung ihrer Wangen.

Zu den anfänglichen Erscheinungen gehören noch braune Flecke an den Händen und im Gesichte, die allmälig einer fast über den ganzen Körper verbreiteten blassbräunlichen Tingirung der Haut Platz machten. Schmerzen traten theils spontan auf, theils waren sie durch die zunehmende Spannung und Steifigkeit der Gelenke bedingt.

Die Menses, die schon seit einem Jahre spärlicher wurden, haben seit acht Monaten cessirt.

Noch ist zu erwähnen, dass die Kranke bereits früher mit demselben Leiden durch zwei Monate in Spitalsbehandlung gestanden ist. Die damals durch Bäder erzielte Besserung hatte keinen Bestand.

Status praesens vom 6. Mai:

Beim ersten Blick auf das Gesicht der Kranken fällt die marmorne Starre desselben in's Auge. Die Gesichtsbewegungen beim Lächeln erfolgen nur mühsam. Völlig frei ist nur die Bewegung der Bulbi, Lider und Lippen. Nicht minder starr ist der Nacken, der Stamm und die Extremitäten, so dass die Kranke, wenn sie z. B. in das Bad getragen wird, völlig das Bild einer Statue macht.

Die Wangen fühlen sich wie infiltrirt an, wogegen die Haut an den Extremitäten sich straff gespannt um die Muskulatur und besonders



um die Gelenke legt, so dass sie stellenweise glänzend und verdünnt aussieht. Sie ist nicht faltbar und gleichsam mit Muskeln und Knochen zu einer harten Masse verschmolzen. Ausgenommen davon ist die Bauch- und Halshaut.

Die Patientin hat auch das lebhafte Gefühl dieser Spannung, das sich bei Bewegungsversuchen zu lebhaften Schmerzen steigert. Besonders empfindlich ist für die Kranke die völlige Unbrauchbarkeit der Finger, welche wie atrophirt, in den verschiedensten Krümmungen gleichsam erstarrt sind. Die Gelenke sind bei Druck schmerzhaft und sollen auch zeitweilig spontan schmerzen.

Das zweite auffallende Moment war die eigenthümliche Färbung der Haut, die besonders im Gesichte und hier am meisten am Lippenroth sich bemerkbar machte. Es war anämische Blässe neben ausgesprochener Livescenz und einer allgemeinen, partienweise intensiven blassbräunlichen Tingirung der Haut.

Patientin fröstelt sehr leicht, ist jedoch völlig fieberfrei. Die Untersuchung der inneren Organe ergab nichts Besonderes; Appetit und die Entleerungen normal.

Ueber den weiteren Verlauf lässt sich in Kürze berichten.

Das zunächstliegende Therapeuticum sind in solchen Fällen protrahirte Wannenbäder, da man ja schon physiologisch durch dieselben eine stärkere Succulenz und Turgor der Haut erzielt.

Es wurde deshalb davon reichlich Gebrauch gemacht und damit einige Besserung des Zustandes erzielt; sie konnte die Extremitäten mehr biegen und bewegen, so dass sie einige Zeit sogar selbst, wenn auch mühsam, in das Bad gehen konnte; besonders lobte sie solche Bäder mit Zusatz des Fichtennadel-Extraktes von Dr. Stedry, welches dem Spitale zu Versuchen eingeschickt worden war.

Zur Steigerung des Badeeffectes liess ich nach dem Bade die Extremitäten in Dunstumschläge hüllen, ebenfalls, wie es schien, mit günstiger Wirkung. Einige Zeit wurde Massirung der Haut der Unterextremitäten, aber mit entschiedenem Nachtheile versucht.

Günstig wirkte auch — wie die Kranke meinte, schmerzberuhigend — örtliche faradische Behandlung.

Die Reaction der Muskeln an den Extremitäten war auch bei sehr starken Strömen eine minimale, offenbar hinderte sie die starre Hautkapsel an stärkeren Contractionen. Ein Versuch mit Salicylsäure blieb ohne Effect. Ebensowenig minderten Eisentropfen die Anämie.



Bis zum 28. Mai war die Besserung fortschreitend. Da stellte sich unter Fieber Pericarditis mit mässigem Erguss ein; auch pleuritische Beschwerden wurden angegeben, doch war namentlich die rückwärtige Untersuchung wegen der Steifigkeit der Kranken nicht thunlich. Die pericardialen Geräusche dauerten noch längere Zeit fort. Am 8. Juni war die Kranke wieder fieberfrei, so dass die Bäder auf's Neue mit Nutzen aufgenommen werden konnten. Am 26. Juli und durch einige Zeit noch konnte Patientin sogar etwas herumgehen. Am 18. September bekam sie einen Frostanfall mit hochfebriler Temperatur und Diarrhöe. An den folgenden Tagen verlor sich das Fieber wieder, die Diarrhöe jedoch persistirte. Am 1. October beginnender Decubitus, der bis dahin durch grosse Sorgfalt der Lagerung etc. verhütet worden war. Es trat nun tägliches Erbrechen ein. Am 8. und 9. October Ausbruch von Urticaria. Die Temperatur dabei normal bis subnormal. Unter zunehmendem Verfall erfolgte der Tod am 8. October.

Epikrise.

Medicinische Hypothesen, die nicht eine feste Stütze in Experiment oder pathologischer Anatomie etc. finden, sind zwar an sich von geringem Werthe, da sie aber zu Untersuchungen in der angedeuteten Richtung führen können, so muss es gestattet sein, auch von rein klinischem Standpunkte aus solche zu produciren.

Für die Pathogenese des Scleroderma fehlen, wie ich glaube, die genügenden Aufklärungen.

Prof. Kaposi (Hautkrankheiten in Virchow's Sammelwerk) kommt nach einer Zusammenstellung der verschiedenen Erklärungsversuche zu der Ansicht, dass die constante massenhafte Ansammlung von Lymphzellen in der Adventitia der Gefässe bei dieser Krankheit, (von welcher durch Umwandlung die Neubildung von Bindegewebsfasern bedingt sei,) nicht ein rein localer Vorgang sei, sondern mit allgemein abnormen Ernährungsvorgängen, mit einer Eindickung der Lymphe, zusammenhänge.

Dieser Erklärungsversuch muss jedoch auf den Einwand stossen, dass die supponirte allgemeine Eindickung der Lymphe nicht bloss in der Haut, sondern in allen Geweben Ernährungsstörungen, nämlich Ausscheidung, Stockung und schliessliche Bindegewebsmetamorphose von Lymphzellen zur Folge haben müsste.



Es scheint mir viel plausibler anzunehmen, dass der Sclerodermia universalis, wie so manchen anderen Hautkrankheiten, eine Affection der trophischen Nerven zu Grunde liegt, deren Sitz in den medullaren Centris gesucht werden muss.

Dafür sprechen nicht blos die symmetrische Ausbreitung der Hautaffection, sondern, wie ich glaube, besonders die Anfangssymptome. Wie Kaposi in der erwähnten Abhandlung betont, werden bei der Mehrzahl solcher Erkrankungsfälle als vorausgegangen angeführt: Erkältung, Rheumatismen, besonders wohl constatirte Gelenksrheumatismen. Auch in meinem Falle war, nach der Angabe der Kranken Erkältung vorausgegangen, und darauf, ganz analog wie bei einem Gelenksrheumatismus, Anschwellung beider Sprung- dann der Knie- und Handgelenke gefolgt. Aehnlich dürfte sich der Vorgang auch in anderen Fällen abgespielt haben.

Es scheint mir deshalb die Annahme nahe zu liegen, dass zwischen dem Gelenksrheumatismus und der Sclerodermie in pathogenetischer Beziehung ein Zusammenhang besteht.

So wie ich mich im Jahresberichte der k. k. Rudolfstiftung anno 1876 bemüht habe, die erstere Krankheit, nämlich den acuten Gelenksrheumatismus durch Annahme einer flüchtigen, wandernden centralen Tropho-Neurose zu erklären, ebenso möchte ich für die progressive Sclerodermie eine, allerdings nicht so flüchtige und nur langsam fortschreitende centrale Tropho-Neurose annehmen, wobei es wahrscheinlich auch zu anatomischen Läsionen der betreffenden Centralgebilde kommt. Dass nur die anatomische Untersuchung hier ausschlaggebend sein kann, ist wohl selbstverständlich.

Ich möchte hier nur noch auf ein unterstützendes Analogon hinweisen, auf die progressive Muskelatrophie, für welche ebenso der Kliniker schon vor dem anatomischen Nachweis einer primären centralen Erkrankung hypothetisch eine solche annehmen muss. Dass der schliesslichen Atrophie der Haut bei der Sclerodermie eine Hyperplasie vorausgeht, kann als kein sonderlicher Einwand gelten.



Ueber den anatomischen Befund in einem Falle von Sclerodermia universalis.

Von

Dr. H. Chiari,

I. Assistenten am path.-anatom. Institute in Wien.

Im Anschlusse an die voranstehende klinische Mittheilung des Herrn Primararztes Dr. Mader erlaube ich mir wegen der Seltenheit einer so ausgebreiteten Sclerodermia adultorum über den anatomischen Befund bei der 17jährigen Antonia Rudischer hier zu berichten, wenn auch das Resultat der anatomischen Untersuchung nicht derart war, dass daraus das Wesen der Sclerodermie mit Bestimmtheit erklärt werden könnte, da in diesem Falle eben nur das Endstadium der Sclerodermie, nämlich das sogenannte Sclerema atrophicum vorlag.

Bei der am 17. October 1877 im Rudolfspitale vorgenommenen Obduction fiel an dem mittelgrossen, gracil gebauten, mit wenig Musculatur versehenen und stark abgemagerten Körper zunächst schon bei der Besichtigung der Leiche die Beschaffenheit der allgemeinen Decke auf. Dieselbe war glänzend, blass, mit einem bräunlichen Teint versehen, im Gegensatze zu welch' letzterem an einzelnen Stellen, wie an den Zeigefingern und Daumen unregelmässig begrenzte Flecken durch ihre weissliche Farbe sich scharf abhoben. Ferner war die Haut mit Ausnahme der des Halses und der vorderen Fläche des Unterleibes gespannt und schwer faltbar, ohne dass jedoch an ihr irgendwo eine Schwellung wahrgenommen werden konnte. Hiemit im Zusammenhange waren die Gesichtszüge eigenthümlich starr, die Nasenflügel und Lippen wie verkürzt und trotz bereits erfolgter Lösung der Todtenstarre eine vollständige Streckung der in leichter Beugestellung befindlichen Extremitätengelenke nicht durchzuführen. Ueber dem Epicondylus internus des rechten und linken Oberarmes und über dem Knöchel des rechten Mittelfingers war die Haut exulcerirt. Die Finger an beiden Händen liessen sich in ihren Gelenken nur schwer bewegen.

Dieselben waren zumeist in Beugestellung bis auf das obere Interphalangealgelenk des rechten Mittelfingers, welches dorsalwärts überstreckt war, während das untere Interphalangealgelenk dieses Fingers nahezu rechtwinkelig volarwärts flectirt erschien. Gerade über den Finkergelenken war die Spannung der Haut am grössten. Die Nägel der Finger waren dick, stark, zum Theile krallenartig. An den Zehen fanden sich keine Verbiegungen. Ihre Nägel waren nicht verändert. An verschiedenen Stellen durch die Haut geführte Schnitte liessen im allgemeinen, ausgenommen die Haut des Halses und der vorderen Unterleibsfläche, schon für das freie Auge eine leichte Verdickung des Coriums und eine geringere Dicke des dichteren, aber noch etwas Fett enthaltenden subcutanen Zellgewebes erkennen. Stellenweise, so im Gesichte, fand sich anstatt des lockeren subcutanen Zellgewebes blos mehr eine mit dem Corium continuirlich zusammenhängende Schwiele.

Das Haar war braun, am Haupte sehr reichlich und lang. Die Pupillen waren enge, gleich, der Hals dünn, der Brustkorb lang und schmal, der Unterleib eingezogen. Die weichen Schädeldecken, ebenso die Meningen und das Gehirn- und Rückenmark enthielten wenig Blut. Die Schleimhäute der Trachea, des Larynx, Pharynx und der Mundhöhle waren blass. Nirgends fand sich an ihnen, auch nicht an der hinteren Fläche der Lippen, eine der Hautveränderung gleichzustellende Verdichtung. Die beiden Lungen waren im ganzen Umfange und zwar innig angewachsen. Ihr Parenchym war sehr blass und leicht ödematös. In der linken Lungenspitze lagerten einige Gruppen von bis stecknadelkopfgrossen käsigen Knötchen, die von etwas Schwiele umschlossen waren. Das Herz war mit dem Herzbeutel vollständig verwachsen, von gewöhnlicher Grösse, ziemlich gut contrahirt. Seine Höhlen enthielten frisches Blutcoagulum und flüssiges Blut. Der Klappenapparat war normal. Das Herzfleisch liess sich leichter zerreissen und erschien sehr bleich (mikroskopisch Fettdegeneration in demselben). Leber und Milz adhärirten etwas an die Nachbarschaft und liessen in ihrem Parenchym, sowie die Nieren, deren Oberfläche ganz glatt war, gleichfalls hochgradige Anämie erkennen. In der Gallenblase fand sich dunkle zähe Galle. Magen und Darm waren mässig ausgedehnt. Der Magen enthielt galligen Schleim. Seine Schleimhaut war in der Nähe der grossen Curve stellenweise



leicht geröthet, sonst blass. Im Dünndarme fanden sich sehr spärliche chymose Stoffe, im Dickdarme knollige Fäces. Die Harnblase war wenig ausgedehnt und enthielt ganz klaren Harn. Der Uterus zeigte virginale Verhältnisse. An den Ovarien waren einzelne Kerben. An den Nebennieren, am Pancreas, ebenso an den Lymphdrüsen und Lymphgefässen fand sich nichts Auffälliges. Auch das Knochensystem und die Muskeln zeigten keine Veränderungen.

Daraus ergab sich als Obductionsdiagnose: „Vollständige Verwachsung der Blätter der Pleuren und des Pericards. Fettdegeneration des Myocards. Universeller Marasmus und Anämie. Sclerodermie.“ Von diesen Erkrankungen waren wohl das Wesentlichste die Verwachsungen an den serösen Häuten, namentlich am Pericard (mit der Fettdegeneration des Myocards) gewesen, und ist darauf der Hauptsache nach der Marasmus und endliche Exitus lethalis zu beziehen, wenn auch die Sclerodermie ihrerseits zur Entwicklung des Marasmus beigetragen haben mochte.

Der mikroskopischen Untersuchung wurden Partien des Rückenmarkes, sowie zahlreiche Spinalganglien nach Erhärtung in Liquor Mülleri und viele von verschiedenen Gegenden des Körpers genommene Stücke der Haut nach Erhärtung in Alkohol unterzogen. An den Rückenmarks- und Ganglienpräparaten war nichts von einer pathologischen Veränderung zu finden, was mir von Wichtigkeit scheint in Hinblick auf einen jüngst von Westphal (Charitéannalen III. Bd.) publicirten Fall von Sclerodermie, bei welchem die von Orth ausgeführte Obduction nebst anderen auch multiple partielle Indurationen der Hirnwindungen ergab. An den Hautschnitten fand sich zunächst als auffällig (ausgenommen die weisslichen, scharf begrenzten Stellen an einzelnen Fingern) eine Ablagerung von braunem Pigmente und zwar einerseits in der tiefsten Schichte des Rete Malpighi und andererseits in der Pars papillaris. An ersterer Stelle lagerte das Pigment theils feinkörnig, theils diffus im Protoplasma und den Kernen der hier cylindrischen Retezellen. In der Pars papillaris war das Pigment grobkörnig und fand sich meist in der Nähe der Blutgefässe, sowohl der grösseren, als der capillaren. Ferner erschien das Cutisgewebe dichter, insoferne als auch in der Pars reticularis die Bindegewebsbündel näher aneinander lagen und die Maschenräume zwischen ihnen kleiner waren als gewöhnlich. Im subcutanen Zellgewebe waren die Bindegewebs-

balken zwischen den kleineren Fettläppchen stärker, ja unmittelbar unter der Cutis bei fast vollständigem Geschwundensein der für das Fettgewebe bestimmten Lücken so dick, dass hier das subcutane Gewebe in Bezug auf seine Structur der Cutis sehr nahe kam. Darauf beruhte meiner Ansicht nach zum grössten Theile die scheinbare Verdickung der Cutis, wenn ich auch andererseits eine leichte Vermehrung des Bindegewebes der Cutis selbst nicht ausschliessen kann. Im Gesichte war nur mehr hie und da ein Rest von den Fettläppchen in dem, in solides faseriges Bindegewebe umgewandelten subcutanen Zellengewebe zu erkennen. Zellenwucherungen waren weder in der Cutis noch im subcutanen Zellgewebe irgendwo nachzuweisen. Talg- und Schweissdrüsen liessen keine Veränderung erkennen, eben so wenig die Haarfollikel. Die glatte Hautmusculatur und das elastische Gewebe erschienen nicht pathologisch. Auch die Epidermis bot ausser der bereits angegebenen Pigmentation keinen abnormen Befund.

Darnach ist also das wesentliche der Hautveränderung in diesem Falle von Sclerodermie die Verdichtung des cutanen und subcutanen Bindegewebes nebst der Ablagerung von Pigment in Epidermis und Pars papillaris. Dieses verdichtete cutane uud subcutane Bindegewebe hatte die Tendenz zur Schrumpfung. Daher die Unmöglichkeit der vollständigen Streckung der Extremitätengelenke und die Ulcerationen an den genannten Stellen des Körpers — Sclerema atrophicum.

Was nun aber weiter die Frage nach der Genese der der Verdichtung und Verschrumpfung des cutanen und subcutanen Gewebes beim Sclerema atrophicum zu Grunde liegenden Bindegewebsneubildung in der Haut betrifft, so gab hierüber dieser Fall, in dem blos das Endstadium des krankhaften Processes in der Haut zur Untersuchung kam, keinen bestimmten Aufschluss, wenn mir auch die exquisite Tendenz zur Verschrumpfung in der erkrankten Haut und der Befund von Pigment, zumal entlang den Blutgefässen im Corpus papillare mehr für die Auffassung der Sclerodermie als einer chronischen Entzündung der Haut (vide Rindfleisch, Lehrb. d. p. Hist. 4. Auflage, pag. 266), denn für die Auffassung der Sclerodermie als einer Lymphstase in der Haut nach Kaposi, für die übrigens kein Anhaltspunkt im Lymphgefässsysteme sich vorfand, zu sprechen scheint.

Ueber ein papulo-pustulöses Exanthem in einem Falle von Diphtheritis septica.

Von Dr. **P. Unna,**
Assistenzarzt am allgemeinen Krankenhause zu Hamburg.

(Hierzu Tafel IV.)

Am 5. März 1877 wurde J. George, Wärter in einer Thierhandlung, in das allgemeine Krankenhaus aufgenommen. Er war am 2. März mit einem Frost und Halsschmerzen erkrankt, zu denen sich bald ein Ausfluss aus Nase und Augen, bedeutende Schwäche und am 4. März ein später näher zu beschreibender papulöser Ausschlag an beiden Handrücken gesellten.

Bei der Aufnahme zeigte Patient starken Collaps bei 40° Temperatur und frequentem Pulse. Conjunctival- und Nasenschleimhaut secernirten ein serös-eitriges Fluidum, welches zuerst den Verdacht auf eine Infection mit Rotzgift nahelegte. Die Lippen waren trocken, mit fuliginösen Borken bedeckt; Rachen und Gaumen geschwollen, zeigten an einigen Stellen weissgraue, nicht scharf begrenzte Beläge. Milz erheblich vergrössert. Unter andauernd sehr hoher Temperatur, weiterer Ausbreitung des Exanthems und der diphtheritischen Beläge collabirte der Patient mehr und mehr und starb am Nachmittage des 7. März.

Die Section ergab: Diphtheritis des Rachens, Gaumens, Kehldeckels, Kehlkopfs und der Zunge, Croupmembran in der Luftröhre; Hyperämie der Lungen und Katarrh der Bronchien; Ecchymosen auf der Pleura; parenchymatöse Degeneration der Herzmusculatur und der Leber; Milztumor; schwarzrothes, dickflüssiges Blut.

Das Exanthem befand sich hauptsächlich an beiden Handrücken und erstreckte sich ein wenig auf die Dorsalfläche der Vorderarme. Hier standen die Efflorescenzen überall ganz dicht in



Gruppen und Reihen. Einzelne Papeln und Pusteln auf stark gerötheter Basis fanden sich ausserdem zerstreut an den höheren Partien der Arme, an beiden Handtellern, am Rumpfe und eine sehr bemerkenswerthe, genau einer Pockenpustel gleichende, sass auf der linken Schulter.

Zur Untersuchung wurden Hautstücke von beiden Handrücken, einem Handteller, einem Vorderarme und der linken Schulter excidirt und in absolutem Alkohol gehärtet. Unter vollständiger Anerkennung der von Weigert[1]) betonten Nothwendigkeit lückenloser Schnittreihen wurden die einzelnen Papeln und Pusteln in continuirliche Serien von Schnitten zerlegt und diese nach der Färbung und Aufhellung stets im Zusammenhange untersucht.

Dabei zeigte sich nun vor Allem, dass der makroskopischen Trennung in Papeln und Pusteln eine scharfe Grenze auch der mikroskopischen Bilder zu Grunde lag und weiter, dass die feineren pathologischen Veränderungen es geboten sein liessen, das papulöse Stadium noch ferner in zwei ebenfalls gut charakterisirte Abschnitte zu theilen.

Diese drei Abschnitte des zur Pustel führenden Processes entsprechen durchaus den Stadien der Pockenbildung, wie ich sie mit Zugrundelegung der Pusteln an der Planta angegeben habe[2]).

Die niedrigsten, jüngsten papulösen Erhebungen zeigen auf dem senkrechten Durchschnitte nichts als die circumscripte Hypertrophie eines Bezirkes von Epithelzapfen der Stachelschicht und der zwischen dieselben eingreifenden Papillen, deren Gefässe erweitert und von jungen Zellen umgeben sind. Es versteht sich, dass auch die Körnerzellenschicht und Hornschicht dieses Bezirkes die entsprechenden Lagen der umliegenden Oberhaut an Mächtigkeit etwas übertreffen und so entsteht durch Verbreiterung der ganzen Epidermis und Verdickung des Papillarkörpers der Cutis die erste flachpapulöse Erhebung.

Fig. I. gibt eine Skizze des zweiten Stadiums. Hier geht die Regelmässigkeit, welche im ersten Stadium noch vorwaltet,

[1]) Die Pockenefflorescenz der äusseren Haut. Breslau 1874. pag. 5.

[2]) Ueber den Sitz der Pocke in der Epidermis und die ersten Stadien des Pockenprocesses. Archiv für pathologische Anatomie. Bd. LXIX. pag. 409.



verloren durch eine Verschiebung der normalen Oberhautschichten mit passiver Verdrängung und Verzerrung des Papillarkörpers der Cutis. Um hier übersichtliche Bilder zu erhalten, ist eine gute Tinction fast unentbehrlich. Am einfachsten lässt man einer starken Kernfärbung durch Hämatoxylin nach Entfärbung des Ueberschusses durch Eintauchen in Eisessig eine diffuse Färbung vermittelst Eosin folgen. Das Eosin hebt wie das Jodviolett die basale Hornschicht als stark gefärbtes Band hervor. Auf feinen Schnitten bleiben auch bei Eosintinction die superbasalen Hornzellen von der Tinction frei, während die obersten Hornschichten wieder, je fester sie sind, desto mehr Farbe annehmen.

Bei dieser Hämatoxylin-Eosindoppelfärbung treten nun allein durch die Färbung schon die afficirten Stellen der Oberhaut deutlich aus ihrer Umgebung hervor. Im selben Masse nämlich als die einzelnen Zellen der im Ganzen verdickten Epidermis sich vergrössern, nehmen sie weniger Hämatoxylin sowohl in ihrem Kern als in den feinen Körnern ihrer Protoplasmasubstanz auf und werden dafür durch das Eosin mehr gefärbt. Während im Stadium der einfachen Hypertrophie gerade die Hämatoxylinfärbung an den afficirten Stellen vorwaltet, gelangt man in diesem zweiten Stadium und noch mehr im dritten von der normalen Umgebung nach dem Centrum der Efflorescenz vordringend, zu immer weniger blau und immer mehr roth gefärbten Partien. Auch diese einfache Farbenreaction findet sich in den entsprechenden Stadien der Pockenbildung wieder.

In Fig. 1 habe ich zur Vereinfachung der Skizze die Hämatoxylinfärbung fortgelassen und nur die Eosinfärbung in Ausbreitung und Abstufung wiederzugeben gesucht. Die erstere würde in den Randpartien des Schnittes ihren Platz gefunden haben, welche noch ein kleines Stück der normalen Epidermis (ne) und ein grösseres der hypertrophischen Stachelschicht (hs) zeigt, wie denn die Randzone einer Papel stets das erste Stadium der pathologischen Veränderung darstellt. Der verhältnissmässig grosse centrale Theil des Schnittes bildet nun die Papel selbst. Hier macht die Hämatoxylinfärbung der Eosinfärbung Platz und zugleich werden die einzelnen Stachelzellen grösser, blässer, freier an eingesprengten feinen Körnchen, ihre Kerne weniger tingibel. Es liegt nahe, die besprochene Prädilection des Eosins für den pathologischen Bezirk



auf diese elementare Veränderung, das Aufquellen der einzelnen Zellen zurückzuführen.

Abgesehen von dieser letzteren aber ist das zweite Stadium durch eine Veränderung der schon verhornenden oberen Schichten charakterisirt, welche durch Eosintinction in höchst auffallender Weise hervorgehoben wird. Schon über den hypertrophischen Epithelzapfen der Randpartie nimmt die rothe Linie der basalen Hornschicht (bh) an Breite zu, verdickt sich aber dann an Stelle der Papel bis zum Vielfachen und sendet breite rothe Zapfen (z) nach unten in die Stachelschicht. Einige analoge, meist kugelrunde Herde finden sich auch in der Stachelschicht, scheinbar ohne Zusammenhang mit der verbreiterten basalen Hornschicht.

Eine stärkere Vergrösserung lehrt, dass diese dunkelrothen Partien aus ziemlich grossen, homogenen Zellen bestehen, ohne Stachelcontour, welche von den geschwellten, basalen Hornzellen in keiner Weise abweichen. An manchen Stellen sind sie von der Stachelschicht durch grosse, ebenfalls aufgehellte Körnerzellen getrennt, oft gehen die Stachelzellen indess direct in diese rothen Massen über und an noch anderen Stellen findet man zwischen beiden plattgedrückte Hornzellen mit stäbchenförmigem, wieder stark tingirten Kern (ch) und jenem eigenthümlichen Glitzern comprimirter Hornmassen, auf welches ich bei den Pocken hingedeutet habe [1]).

Ich kann diesen Befund nur mit jenem anderen vergleichen, den ich an den noch jungen Pocken der Fusssohle machte und als „Pockenkörper" beschrieb. Diesen leitete ich in der Hauptsache nach aus einer Verdickung der basalen Hornschichte ab und auch hier lassen die rothen Partien sich augenscheinlich so auffassen. Von dem Pockenkörper gab ich an, dass erst secundär auch Körner- und Stachelzellen in denselben eingingen. Hier ist dieses letztere früher und in höherem Grade der Fall, da man nur zuweilen und durchaus nicht regelmässig wie bei dem Pockenkörper der Fusssohle eine continuirliche Lage von Körnerzellen als Grenze gegen die Stachelschicht nachweisen kann.

Immerhin liefert aber auch hier die basale Hornschicht einen ersten und wichtigen Beitrag zur Bildung dieser Zellenmassen,

[1]) S. a. a. O.



welche wie der Pockenkörper für die Pockenhöhle so hier die Vorstufe für die spätere Pustelhöhle darstellen. Diese Zellenmassen sind aber verhornt oder wenigstens in Verhornung begriffen, da sie mit den Zellen der basalen Hornschicht Aussehen und Farbenreaction theilen. Man wird deshalb ihre Bildung kurz folgendermassen ausdrücken können: An den pathologisch veränderten Stellen geht die Verhornung in abnormer Weise so vor sich, dass die gequollenen Stachelzellen meist ohne Auftreten sichtbarer grober Körner (Körnerzellen) direct in ebenfalls gequollene Hornzellen übergehen [1]). Dadurch dringt die Grenze der Verhornung tiefer in die Stachelschicht ein und es erfolgt die Bildung der Zapfen und Herde in der Stachelschicht, die wie die basale Hornschicht die Eosinfärbung so begierig aufnehmen.

An das zweite Stadium schliesst sich an einigen Stellen des Exanthems, deren Entwicklung am meisten fortgeschritten ist, das dritte, die Bildung der Pustel. Diese beruht auf der Entstehung eines Fachwerks, welches dem der Pockenpustel auf's Haar gleicht: Fig. II zeigt den Beginn (bei F.), Fig. III den Höhepunkt der Fächerbildung. Stets beginnt dieselbe im oberen Theile des im zweiten Stadium aus basaler Hornschicht, Körnerschicht und Stachelschicht hervorgegangenen neuen Gewebes. Auch hier wiederholt sich jener bei der Entstehung der Pockenhöhle von mir hervorgehobene Umstand (a. a. O. p. 414), der leicht zur Täuschung über den Sitz der Pockenhöhle führen kann. Es befinden sich nämlich oberhalb der Höhlen häufig eine Lage platter Zellen (s. Fig. III. pl.) mit stäbchenförmigen, stark tingiblen Kernen, welche leicht für eine Fortsetzung der normalen Körnerschicht oder basalen Hornschicht gehalten werden können, während sie in

---

[1]) Dieses scheint auch bei den Pocken anderer Hautstellen als der Fusssohle häufig der Fall zu sein, weshalb der Pockenkörper hier nicht von so regelmässigem Aussehen und leichter zu verkennen ist, obgleich die Umwandlung der Stachelzellen in die grossen, homogenen, kernhaltigen Zellen der beschriebenen Art überall der Bildung der Pockenhöhle vorangehen. Weigert's Auffassung meines „Pockenkörpers" übrigens, dass derselbe zur Abkapselung der Pockenhöhle bestimmt sei, lässt sich auf die analoge Bildung hier nicht anwenden, da die hier geschilderte Affection innerhalb dreier Tage tödtlich verlief, als das Exanthem erst an einigen Körperstellen eben die Acme erreicht hatte.

der That nur die alleroberste Lage eben desselben gequollenen, dem Pockenkörper analogen Gewebes darstellt, welche bei der Bildung der Pockenhöhle comprimirt wird und so später die Decke derselben bildet.

Ueber die Entstehung der Pustelhöhle im einzelnen kann ich mich sehr kurz fassen, da ich den ganz analogen Process bei künstlicher und spontaner Blasenbildung erst kürzlich genauer beschrieben habe [1]). Es wiederholen sich hier alle Bilder der „fibrinoiden“ Umwandlung des Epithels, der „wurstförmigen“, kernähnlichen Bildungen, wie man sie in den Membranen an der Unterseite abgehobener Blasendecken findet. Die Balken zwischen den einzelnen Höhlen werden auch hier von denjenigen Epithelpartien geliefert, welche von vornherein grösserer Compression ausgesetzt waren. Stellenweise findet sich ebenfalls hier eine starke Kernvermehrung der gequollenen Epithelien (Kv) anstatt der fibrinähnlichen Metamorphose desselben, welche zur Höhlenbildung führt.

Resumiren wir den ganzen bisher besprochenen Vorgang, so finden wir also im ersten Stadium der Papel umschriebene Hypertrophie der Epidermis sammt dem dazugehörigen Papillarkörper. Darauf folgt die Aufquellung der Stachelzellen daselbst mit der veränderten Reaction gegen Hämatoxylin und Eosin, die Bildung von Herden, deren Zellen gequollenen basalen Hornzellen gleichen und die Aufhebung der regelmässigen Papillarstructur. Zur Pustel endlich wird die Papel durch Höhlenbildung innerhalb jener Herde vermittelst fibrinoider Degeneration der Zellen.

Was die Classification und schliessliche Nomenclatur dieses pathologischen Vorganges anlangt, so muss ich Gewicht darauf legen, dass in diesem Falle die Kerne bis zur Bildung der Pustel erhalten bleiben, zuweilen sieht man dieselben auch noch in bereits fibrinoid entarteten Zellpartien, meist verschwinden sie hier während der Degeneration wie bei der Bildung künstlicher Blasen (s. a. a. O.)

Würde Weigert nicht das primäre Verschwinden des Kernes als durchgehendes Kriterium seiner „diphtheroiden“ Degeneration

[1]) Zur Anatomie der Blasenbildungen an der menschlichen Haut. Vierteljahresschrift f. Dermat. und Syphil. Heft 1. 1858.



hingestellt haben [1]), so bliebe ich am liebsten bei dieser Bezeichnung stehen, zumal dieselbe dann durch das Vorkommen auf der Haut bei Diphtheritis selbst eine neue Stütze erhalten haben würde.

Ich meinerseits glaube nicht, dass die beschriebene Affection sich wesentlich von der gewöhnlichen Pockenbildung unterscheidet, und halte andererseits auch die bei grossen Blasen auftretende, zur Höhlenbildung führende, „fibrinoide" Degeneration für im Grunde identisch mit der hier und bei den Pocken vorkommenden. Der wesentliche Unterschied der Vorgänge in diesen Pusteln von den Epithelveränderungen in Hautblasen scheint mir in der vorübergehenden Bildung eines derben und doch hinfälligen Gewebes zu liegen, welche von der basalen Hornschicht herab in die Stachelschichte hinein statt hat. Hierin steht unsere Affection bei Diphtheritis, wie mir scheint, der gewöhnlichen Pockenbildung durchaus nahe.

Hamburg, August 1877.

---

[1]) a. a. O. pag. 11, 12, 14 u. s. f.



Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen von Bicyanuretum Hydrargyri.

Von **Dr. W. Mandelbaum** in Odessa.

Jeder Arzt, der sich speciell mit Syphilis beschäftigt, wird die Einführung der subcutanen Behandlungsmethode als eine höchst willkommene begrüssen. Sie bietet so viele Vortheile in Bezug auf Bequemlichkeit, Reinlichkeit, Präcision der Dosirung, Raschheit der Wirkung und auch Billigkeit, dass sie den bisher geübten Behandlungsmethoden als gefährlicher Concurrent auftritt. Ich habe mich bis jetzt in meiner 13jährigen Praxis, mit wenigen Ausnahmen, der Einreibungsmethode bedient. Trotz der vorzüglichen Dienste, die dieselbe in den meisten Fällen leistet, bietet sie folgende Nachtheile: 1. Zeitverlust und Kraftaufwand von Seiten des Kranken, denn jede Einreibung, wenn sie von Erfolg sein soll, muss — wie bekannt — mindestens eine halbe Stunde dauern, was keine leichte Aufgabe ist und es kommen nicht selten Kranke vor, die geradezu nicht die nöthigen Kräfte dazu haben; im besten Falle aber ist diese Arbeit keine saubere und angenehme. Dass ein Anderer dem Kranken die Einreibung machen soll, ist nicht immer ausführbar und auch nicht rathsam, denn einen grossen Theil des bestimmten Salbenquantums bekommt der Einreibende in seine Handteller oder in den zur Einreibung verwendeten Handschuh. Ich spreche natürlich nicht von den Fällen, wo in Hospitälern die Kranken sich gegenseitig einreiben. 2. Sehr viele Kranke — junge Leute, die in Familien leben, oder gar verheirathete Herren — sind gar nicht in der Lage, eine Frictionskur zu Hause durchzumachen; man geht auch nicht gleich ins Spital, weil man nicht so leicht sein Geschäft verlässt und auch

aus socialen Rücksichten nicht. 3. Wird die Wäsche (Leib- wie Bettwäsche) durch den Contact mit der grauen Salbe nicht besser. 4. Stomatitis: wenn auch jede Behandlung mit Mercurialien — ob innerlich, ob äusserlich — dieselbe hervorrufen kann und auch factisch — obzwar bei gewissen Cautelen nur selten — hervorruft, so disponirt doch die Inunctionskur häufiger zur mercuriellen Affection der Mundschleimhaut, da hier nicht blos das einverleibte Quecksilber wirkt, sondern auch die verdunstete graue Salbe; die meisten Patienten in der Privatpraxis machen ihre Einreibungen Abends und übernachten auch im selben Zimmer. Dass die Ausdünstungen hier eine wichtige Rolle spielen, beweisen Fälle, die jeder Arzt kennt, wo der Zimmernachbar eines sich mit Einreibungen behandelnden Patienten eine mercurielle Stomatitis bekommt, ohne selbst Quecksilberpräparate in irgend welcher Form gebraucht zu haben. 5. Wenn auch jeder syphilitisch Kranke für Reinlichkeit und Hautpflege die grösste Sorge tragen muss, so verlangt doch die Einreibungskur ein häufigeres Baden, was den Privatkranken, sowie auch der Heilanstalt die Behandlungsspesen jedenfalls vergrössert. 6. Kommen Kranke vor, bei denen die Haut so dicht mit Syphiliden besäet ist, dass es factisch keine freien Hautstellen für Einreibungen gibt, während zu gleicher Zeit der Zustand der Verdauungsorgane ein derartiger ist, dass ein innerer Mercurgebrauch contraindicirt ist. 7. Schliesslich muss noch erwähnt werden, dass bei den Einreibungen das Quantum des einverleibten Quecksilbers nicht leicht zu berechnen und bei gleichen Verordnungen oft sehr ungleich ist. Mancher reibt zu sachte und zu sanft ein, so dass der grösste Theil der einzureibenden Portion auf der Hautoberfläche bleibt; und reibt man zu energisch, so entsteht leicht ein mercurielles Eczem, sogar eine förmliche Dermatitis; überhaupt muss der Kranke im Einreiben einigermassen eingeübt werden; in Spitalsabtheilungen muss die Aufsicht über die Kranken bei der Ausführung der Inunctionen eine wachsame sein, denn viele Kranke reiben schlecht aus Unwissenheit und Unbeholfenheit, nicht wenige aber auch absichtlich; mancher haus- und brodlose, faule und arbeitsscheue Kranke bleibt sehr gerne im Spitale, so lange als nur möglich. Bei der Verordnung von inneren antisyphilitischen Mitteln steht es in der Hospitalspraxis ebenso: wir müssen uns eben auf die Aussagen des Kranken

verlassen, dass er die Arznei pünktlich nimmt; nun aber ist auf die Wahrheitsliebe des Spitalsinsassen nicht viel zu bauen. — Andererseits unterliegt die Bereitung der grauen Salbe in verschiedenen Apotheken so manchen Schwankungen sowohl in Bezug auf die Menge des für die Salbe verbrauchten Mercurs, als auch betreffs der exacten Verreibung derselben.

Alle diese Inconvenienzen fallen bei der subcutanen Behandlungsmethode weg. Der Kranke — sei es im Ambulatorium, sei es im Krankenhause — bekommt seine Einspritzung und damit ist die Sache abgemacht; rasch, rein und billig; man weiss wie viel man dem Kranken gegeben hat und — was noch wichtiger ist — man weiss, dass das was man gegeben hat, auch wirklich genommen wurde.

Schwinden die syphilitischen Erscheinungen bei der subcutanen Methode schneller, als bei jeder anderen? Ja! Nach Prof. Lewin betrug die Behandlungsdauer der syphilitischen Kranken in der Charité vor der Einführung der subcutanen Methode durchschnittlich 10 Wochen, nach der Einführung derselben 4 Wochen. Nach Prof. Sigmund ist die Dauer der syphilitischen Erscheinungen bei dieser Behandlungsmethode ebenfalls eine kürzere. Wenn wir die Protokolle des hiesigen städtischen Krankenhauses zu Rathe ziehen, so bekommen wir dasselbe Verhältniss wie Prof. Lewin. Es stellt sich nämlich heraus, dass Syphilitische, die einer Inunctionskur oder einer inneren Behandlung mit Mercurialien — in Pillen oder in Lösung — unterzogen wurden, durchschnittlich über 58 Tage im Hospital verblieben sind, bis zum Schwinden der krankhaften Erscheinungen [1]); diejenigen aber, denen ich Injectionen gemacht habe, bedurften zur Erreichung desselben Zweckes durchschnittlich 24 Tage (worunter auch die bei manchen Kranken mitunter nothwendigen Unterbrechungen von 2—3 Tagen

[1]) Ich nahm beliebige 76 Protokollnummern, der Reihe nach, ohne die Fälle zu wählen; es waren darunter solche Kranke, die 19, 22, 28, 35 Tage im Krankenhause zugebracht haben, andere aber 115, 137, 150 und sogar 220 Tage; die Zahlenreihe der Einreibungen beginnt mit 12 und steigt bis 120; die gewöhnliche war 35 bis 50; die Menge der verschluckten Mercurpillen kam in einem Falle bis auf 400 Stück. Diese 76 Kranke brachten im Hospital 4422 Tage zu, also jeder im Durchschnitte über 58 Tage.



mitgerechnet sind). Bei vielen, und zwar schweren Fällen waren schon 12—15 Einspritzungen hinreichend, um sämmtliche Symptome der Syphilis zum Schwinden zu bringen; bei anderen mussten 20—24 und nur selten bis 30 gemacht werden. Häufig war schon nach 5—6 Injectionen eine ganz überraschende Besserung zu constatiren und zwar mitunter bei solchen Kranken, welche vordem 30 Einreibungen ohne Erfolg gemacht hatten. Namentlich waren es einige Fälle mit ganz enormen und massenhaften Plaques um die Geschlechtstheile und um den After herum, wo schon nach den ersten 4—5 Injectionen die Plaques trocken und auffallend flacher wurden — sich also zu resorbiren anfingen. Ich muss hier betonen, dass ich die Fälle nicht gewählt habe; ich nahm zu meinen Versuchen Kranke mit syphilitischen Hauteruptionen bei noch bestehender, in anderen Fällen aber bei schon vernarbter primärer Affection, mit Schleimpapeln, veralteten Affectionen der Mund- und Nasenhöhle, mit ulcerösen Processen; auch war ein Fall von Paralyse der unteren Extremitäten in Folge von Neuritis ascendens ex causa syphilitica, wo die subcutanen Injectionen von Erfolg gekrönt waren. Wie diese Methode bei Knochensyphilis wirkt, kann ich aus eigener Erfahrung noch nicht sagen.

Die Frage, ob nach der Injectionsmethode die Recidive ausbleiben, oder seltener oder in gelinderer Form auftreten als nach anderen antisyphilitischen Behandlungsmethoden, kann ich vorläufig nicht beantworten, da ich erst seit einem Jahre mich dieser Methode bediene. Nach Prof. Lewin, der schon über 10 Jahre diese Methode prakticirt, kommen bei derselben 40% Recidive vor, gegen 80% nach anderen Behandlungsmethoden.

Als Spitalsarzt erlaube ich mir noch einen Vortheil dieser Methode zu berühren: die enorme Billigkeit der Injectionen, was in Krankenhäusern, namentlich mit grossen syphilitischen Abtheilungen nicht die letzte Rolle spielt. Eine Einspritzung, enthaltend einen Scrupel Flüssigkeit (Lösung von 3 Gran Bicyanuret. Hydrarg. auf 5 Drachmen Wasser) kostet $^{1}/_{15}$ Kopeken. Aus den Büchern der Apotheke des hiesigen städtischen Krankenhauses stellt sich heraus, dass im Verlaufe des Jahres 1876 30.000 Einreibungen verbraucht sind; 30.000 Einspritzungen würden also 20 Rubel (circa 30 Gulden) kosten; auch ist diese Summe noch zu hoch



gegriffen, da man mit einer viel geringeren Zahl von Einsprizzungen im Vergleich zur Zahl der Einreibungen denselben Zweck erreicht. Wenn wir noch die Zeit in Betracht ziehen, die in einer Hospitalsapotheke zur genauen Zubereitung der grauen Salbe oder zur Verfertigung von Mercurpillen verwendet wird, die Beschädigung der Hospitalswäsche bei der Einreibungskur und namentlich die um so Vieles längere Aufenthaltsdauer der Kranken im Krankenhause bei anderen antisyphilitischen Behandlungsmethoden, so wird es klar, dass die Injectionsmethode auch ihrer bedeutenden Billigkeit wegen eine häufigere Verwendung, namentlich in Hospitälern beanspruchen kann und muss. Es wird dadurch eine für die Hospitäler wie für die Kranken selbst sehr wichtige Frage der Lösung näher gerückt: die Frage nämlich über die ambulatorische Behandlung einer grossen Anzahl solcher Individuen, die durch den Charakter der sie behaftenden Krankheitserscheinungen keine Gefahr für die öffentliche Gesundheit bieten, und die durch ihren mitunter ziemlich langen Aufenthalt in den Krankenanstalten dem Spitalssäckel schwer zur Last fallen [1]) und sie selbst ausser Stand setzen zu arbeiten.

Was die Schattenseiten der Injectionsmethode betrifft, so kenne ich nur eine: den Schmerz. Ich pflegte früher Sublimat zu injiciren und da hatte es keinen Kranken gegeben, der nicht über bedeutenden Schmerz geklagt hätte. In der letzten Zeit bediene ich mich ausschliesslich des Bicyanuret. Hydrarg.; dieses vertragen die Kranken besser; die meisten beklagen sich gar nicht, andere wenige geben auch bei diesem Mittel Schmerzäusserungen kund [2]). Der Schmerz dauert gewöhnlich (immer schwächer werdend) über eine Stunde. Bei einigen wenigen Kranken habe ich bei der subcutanen Behandlung Störungen des Darmcanals in Form von 4—5

---

[1]) Im hiesigen städtischen Hospitale belaufen sich sämmtliche Ausgaben für Einen Syphilitiker auf circa 65 Kopeken (Einen Gulden) per Tag.

[2]) Da die syphilitischen Weiber (auf meiner Abtheilung) die gegen den Schmerz am meisten Protestirenden waren, und da ich kein rechtes Vertrauen zu ihren Aeusserungen hatte, so habe ich einmal zur Controlle mir selbst eine Einspritzung gemacht; eine volle Lewin'sche Spritze, in der 0·02 Bic. hydr. enthalten war — eine Dosis, die ich bei Kranken nie so hoch nehme; ich muss gestehen, dass ich im Verlaufe von einer halben Stunde ein ziemlich starkes Brennen an der Injectionsstelle empfunden habe.

diarrhoischen Stühlen täglich beobachtet; das dauerte aber nur die ersten Paar Tage. Abscedirung der Haut an den Einstichstellen sah ich nur 2mal bei der Sublimatinjection; seitdem ich das Bicyanuret gebrauche — kein einziges. Ueberhaupt lässt sich bei einiger Uebung dieser Nachtheil vermeiden. Die Hauptsache ist eine scharfe Canülspitze zu haben, die Hautfalte genau zu nehmen, den Einstich parallel derselben zu führen und durch die ganze Dicke der Haut bis ins subcutane Gewebe einzustechen; kommt man mit der Spitze der Canüle zwischen die Hautschichten, so entsteht leicht eine Nekrosirung der Haut, auch ist in solchem Falle der Schmerz in Folge der Spannung ein viel stärkerer. Auch soll die durch die injicirte Flüssigkeit mitunter an der Einstichstelle entstehende Vorwölbung der Haut durch Massage mit den Fingerspitzen womöglich wieder abgeflacht werden. Am leichtesten und bequemsten ist die Einspritzung bei mageren Personen oder bei solchen, die mit einem mässigen Fettpolster bedacht sind; bei sehr fettreichen Kranken ist eine Hautfalte schwieriger zu fassen und dadurch auch die Einspritzung etwas umständlicher.

Wenn also Abscesse gar nicht vorkommen oder jedenfalls äusserst selten, so entstehen in vielen Fällen an den Einstichstellen Infiltrationen des Unterhautzellgewebes in Form von ziemlich derben Knollen, die nicht schmerzhaft sind und in kürzerer oder längerer Zeit ohne jedes Zuthun schwinden. — Was endlich die mercurielle Stomatitis anbelangt, so kommt dieselbe bei der subcutanen Behandlung nicht häufiger vor, als bei allen anderen Quecksilberpräparaten; viel seltener aber, als bei der Inunctionskur, namentlich in Hospitalsabtheilungen.

Wie erwähnt, habe ich mich früher der Sublimatinjectionen bedient, da aber dabei der Schmerz ein intensiverer ist und mir ausserdem zwei Fälle vorgekommen, wo nach 20 Einspritzungen der Erfolg ein so unbedeutender war, dass ich zu den Einreibungen greifen musste, so habe ich dieses Präparat ganz aufgegeben. Jetzt gebrauche ich nur das Bicyanuret und kam bis nun nicht in die Lage, in Folge unbefriedigender Resultate zu anderen Methoden Zuflucht nehmen zu müssen. Das Bamberger'sche Quecksilberalbuminat und das Peptonquecksilber habe ich nicht gebraucht; für's letztere fehlten mir die Darby'schen Fleischpeptone und das erstere ist wegen der Umständlichkeit der Zu-



bereitung, ebenso wegen der Unhaltbarkeit des Präparates weniger zur häufigen Verwendung geeignet.

Die zu Injectionen verwendete Lösung war 3 Gran auf 5 Drachmen oder 0·18 auf 20·0; davon einen Gramm Lösung, also etwas über 0·01 Bicyanuret pro dosi, in manchen Fällen anderthalb Gramm Lösung — eine Dosis, welche die von Prof. Sigmund angegebene (0·006) bedeutend übersteigt. — Was die Injectionsstelle anbelangt, so wurde gewöhnlich die Infrascapulargegend gewählt, hinunter bis zu den Hinterbacken, mitunter auch die Axillarlinie. — Das Regime der Kranken war dasselbe, wie es bei jeder antisyphilitischen Behandlungsmethode erforderlich ist: Kräftigende Nahrung, gute Luft, Pflege der Mundhöhle, Reinlichkeit und Hautpflege.

Schliesslich erlaube ich mir ein paar Fälle anzuführen, die mehreren und zwar energischen Behandlungsmethoden getrotzt haben und wo schliesslich mit den Injectionen von Bicyan. hydr. ein rascher und anhaltender Erfolg erzielt wurde.

Herr G. erkrankte vor 20 Jahren an Syphilis; nach verschiedenen antisyphilitischen Mitteln (Einreibungen, Jodkali, Mercurpillen und Zittmann) war die erste Reihe der Erscheinungen geschwunden. Vor 2 Jahren kamen syphilitische Tuberkel an der Zunge zum Vorschein; mehrere von diesen gingen in Zerfall über und es entstanden dadurch Risse und Schrunden, die die Oberfläche und Ränder der Zunge tief durchfurchten; an der Schleimhaut der Wange und Lippen bildeten sich weisse Auflagerungen. Einreibungen, Zittmannisches Decoct, Jodkali, Aetzungen mit verschiedenen Substanzen, Gargarismata, Bepinselungen mit Sublimat in Alkohol, mit Liq. ferri sesquichl. in Glycerin, mit Salicylsäure in verschiedener Lösung, mit Opium- und Ratanhatinctur — brachten nicht die geringste Besserung zu Stande. Von der Idee ausgehend, dass vielleicht der Magen die Schuld dieses Leidens trage (da Patient seit Jahren an Verstopfungen leidet), machte Herr G. eine Carlsbader Kur durch; dann nahm er längere Zeit Essentuker[1]) Pastillen, auch gab er das Rauchen auf, als Reizungsursache der Mundschleimhaut; auch dies blieb ohne Erfolg. Ein Arzt hielt das Leiden für Krebs und gab Condurango. Doch alle diese Kuren

[1]) Mineralquelle im Kaukasus.



führten zu nichts und der Zustand verschlimmerte sich so weit, dass nicht nur das Essen, sondern auch das Sprechen beschwerlich wurde. Vor mehreren Monaten kam der Kranke zu mir um Rath; ich machte ihm subcutane Injectionen mit Bicyan. Hydr. Der Erfolg war ein überraschender; schon nach 3—4 Einspritzungen fingen die Tuberkel und die Risse zu schwinden an, das Essen und Sprechen wurden bedeutend leichter; nach 16 Injectionen bekam die Zunge ein normales Aussehen; ich machte ihm noch 6 Injectionen, im Ganzen also 22 und entliess den Patienten vollkommen gesund. Seitdem ist ein halbes Jahr verflossen (December 1877) bis jetzt ist kein Recidiv. G. hat wieder begonnen zu rauchen und raucht ziemlich viel.

Der zweite Fall ist dem eben beschriebenen ähnlich. Hier hatten wir es auch mit Syphilis der Zunge und Mundschleimhaut zu thun. Das Leiden begann vor 6 Jahren, bald nach dem Erscheinen des primären Geschwüres. Unter dem Einflusse verschiedener Mittel hatte sich der Zustand bald gebessert, bald verschlimmert. In der letzten Zeit gesellte sich noch Heiserkeit hinzu, die so stark zunahm, dass Patient blos flüsternd sprechen konnte. Nach längerem Gebrauche von Jodkalium kam die Stimme wieder zurück, aber die Zunge blieb unverändert und beim Genuss von irgend etwas Sauerem oder Gesalzenem steigerte sich die Empfindlichkeit derselben. Ich unterwarf den Patienten der subcutanen Behandlungsmethode. Auch hier genügten schon einige Einsprizzungen, um eine ganz namhafte Besserung hervorzubringen und nach 14 kehrte Alles zur Norm zurück.

Dritter Fall. Herr W. erkrankte im August 1876 an einem syphilitischen Geschwür. Sein Arzt verordnete ihm örtliche Mittel, unter deren Einfluss das Geschwür vernarbte, mit Hinterlassung einer Sclerose. Nach einiger Zeit brach ein papulo-pustulöses Exanthem aus: Kopf, Gesicht und Rumpf waren damit dicht besäet, nur die Waden und die innere Fläche der oberen Extremitäten blieben frei. Die Efflorescenzen sassen so gedrängt, dass das ganze Bild einer confluirenden Variola ähnlich war. Bald darauf kamen Plaques auf der Mund- und Rachenschleimhaut zum Vorschein, eine bedeutende Iritis entwickelte sich und Pat. bekam Schmerzen in den Beinen; endlich verwandelten sich mehrere Pusteln auf den unteren Extremitäten in ziemlich grosse und tiefe



Wunden. Mercur- und Blancardische Pillen, Zittmann (30 Tage), häufige einfache Bäder, 20 Sublimatbäder, 40 Einreibungen an den vom Ausschlage verschonten Stellen, Bepinselungen der Efflorescenzen mit einer Lösung von Sublimat in Weingeist. Alles das blieb aber ganz erfolglos oder brachte eine sehr unbedeutende und kurzdauernde Besserung zu Stande. Anfangs August 1877 begann ich die subcutanen Injectionen; die Geschwüre an den unteren Extremitäten bedeckte ich mich Empl. merc. et Empl. sap. aa p. aeq. und gab innerlich Jodkalium. Schon nach einigen Einspritzungen fingen die Pusteln fleissig zu vertrocknen an, die Papeln wurden flacher und die Geschwüre vereinigten sich und es begann die Vernarbung. Nach 26 Injectionen waren sämmtliche Krankheitserscheinungen geschwunden und liessen nur eine, wie ein Tiegerfell aussehende, mit blassgelben Pigmentflecken dicht besäete Haut zurück. Wie augenscheinlich die Wirkung der Bicyanuretinjectionen in diesem Falle war, ist noch aus Folgendem zu ersehen: Nach 10 Einspritzungen sah ich mich in Folge der mercuriellen Affection des Zahnfleisches veranlasst, dieselben zu unterbrechen, das Jodkalium wurde aber weiter genommen; sogleich bekamen die Geschwüre ein schlechteres Aussehen und die Pusteln fingen wieder an reichlich zu eitern, nachdem aber mit den Injectionen wieder begonnen wurde, waren Geschwüre und Exanthem definitiv weg.





Beiträge zur Pathologie und Therapie der Nasensyphilis.

Von

Dr. Schuster, und **Dr. Sänger,**

prakt. Arzt in Aachen. Assistent am pathol.-anat. Institut in Leipzig.

A. Klinischer Theil

von

Dr. Schuster.

Zweite Reihe[1]).

Im vergangenen Jahre veröffentlichte ich im ersten und zweiten Hefte dieser Vierteljahresschrift eine Reihe von Fällen mit Nasensyphilis, die darzuthun suchten, dass für die syphilitischen Processe der Nasenhöhlen, deren Infiltrate zu raschem zerstörendem Zerfalle der Schleimhaut und der Nasenknochen führen, das specifische Curverfahren mit Mercur oder Jod oder beiden zusammen meist ungenügend sich erweise, dass vielmehr neben einem specifischen Heilverfahren local eingegriffen werden müsse; und zwar genüge von den bis jetzt empfohlenen localen Mitteln hier nur der Eingriff, welcher gesunde Wundflächen schaffe, durch Behebung, resp. Entfernung der dem Zerfalle anheimgegebenen kranken Gewebe. Diesem Eingriffe entspricht meist das durch die Volkmann'sche Schule eingeführte Ausschabungsverfahren mit dem scharfen Löffel, welches nicht allein bei umschriebenen Ulcerationsvorgängen der Schleimhaut und der Knochen, sondern besonders bei ausgedehnten derartigen, oft mit mächtigen Granulationswucherungen einhergehenden Processen in grossen Zügen das widerstandslos gewordene kranke Gewebe sicher entfernt. Natürlich muss man sich in allen Fällen durch eine genaue directe (vordere), sowie indirecte (vom Rachen aus vorgenommene)

[1]) S. diese Vierteljahrschr. 1. u. 2. Heft 1877.



Rhinoskopie über die Natur und Ausbreitung des pathologischen Processes Klarheit zu verschaffen wissen. Ich gab deshalb auch bei den l. c. erwähnten Krankengeschichten wiederholt den Ocular- und Sondenbefund an. Aus einer Kritik genannter Arbeit von Herrn J. Edm. Güntz in Band X der Schmidt'schen Jahrbücher 1877, dessen Aussetzungen ich als unberechtigt zurückweisen muss, ersehe ich jedoch, dass dieselbe nicht überall verstanden worden ist. Die Wichtigkeit der Behandlung syphilitischer Nasenerkrankung erheischt, dass ich über das Schicksal meiner Fälle Bericht gebe; auch werde ich mir erlauben, neues, hierhin gehöriges Material hinzuzufügen und daraus sich ergebende Schlüsse hervorzuheben suchen.

Von Herrn Dr. Sänger sind auch diesmal die entfernten pathologischen Massen mikroskopisch untersucht und von ihm in diesem Hefte besprochen.

Ich will mich über Untersuchung und locale Behandlung etwas eingehender aussprechen, insoweit dies in der ersten Arbeit nicht stattgefunden hat.

Zur directen Untersuchung bedarf man zunächst einer guten Lichtquelle. Von den verschiedenen Beleuchtungsapparaten, die sich allmälig bei mir angesammelt haben, benütze ich jetzt eine Gasflamme mit amerikanischem Brenner, über die ein Toncylinder mit runder Seitenöffnung gestellt ist. Diese Lampe lässt ein sehr helles Licht reflectiren, unter dem man nicht allein die Theile der Nase (resp. des Kehlkopfes) genau sehen, sondern auch sicher operiren kann. Als Reflector dient mir meist der Störk'sche. Von den dilatatorischen Instrumenten benutze ich den von Voltolini modificirten Duplay-Charrière'schen als den geeignetsten Dilatator der Naseneingänge. Eine fernere Beihilfe zur directen Untersuchung, namentlich der tieferen Theile fand ich wiederholt in den von Steurer und Auspitz empfohlenen Endoskopen zur Harnröhrenuntersuchung. An deren Stelle sind nun die Zaufal'schen Trichter getreten, welche die indirecte Untersuchung mit dem Rhinoskop vom Pharynx aus mehr einschränken werden, namentlich in den vielen Fällen von specifischer Nasenerkrankung, wo die Nasengänge durch Atrophie oder Schwund der Muscheln oder des Septums geräumiger geworden sind. Eine sehr wichtige Hilfe in der Untersuchung syphilitisch erkrankter Nasenhöhlen bietet die Sonde; sie ermöglicht Auskunft über die

Beschaffenheit der Wandungen der Nasengänge, resp. blosgelegter Höhlen, ferner über Theile, welche dem Auge meist nicht zugängig gemacht werden können. Für den unteren Nasengang empfiehlt sich ein Kramer'scher Ohrkatheter, für die oberen Gänge dagegen eine biegsame Knopfsonde. Letztere wird überall da angesetzt, wo das Auge irgend welche Unregelmässigkeit entdeckt hat; sie wird womöglich unter der Beleuchtung geführt, überallhin, wo sich Spalten und Oeffnungen finden. Man entdeckt so oft, in die feinen Oeffnungen eindringend, in der Tiefe Caries der Knochen, während die mit dem Auge übersehbare Fläche nichts Krankhaftes zu verrathen scheint.

Wichtig ist es, da wo runde oder längliche polypoide Anschwellungen der Schleimhaut sich vorfinden, die Umgegend genau zu sondiren; man darf sich auch nicht scheuen, wo man Granulationsgewebe vor sich zu haben glaubt — was namentlich durch Blutung auf leichte Berührung, sowie durch die charakteristische Beschaffenheit der zuweilen fast froschlaichartigen Oberfläche sich kundgibt — mit der Sonde durch das Gewebe durchzugehen. Gesunde Granulationen, wie sie nach Entfernung des cariösen Knochens und der erweichten Schleimhaut sich bilden, widerstehen der Sonde; von cariösen Knochen bedingte Granulationen bieten der Sonde keinen Widerstand; sie geht leicht mehrere Linien und mehr durch und gibt Gewissheit über die Beschaffenheit der Knochenunterlage.

Ein wichtiges directes Untersuchungsmittel ist ferner der Finger. Die Einführung desselben durch die vorderen Nasenöffnungen ist jedoch schmerzhaft, so dass er nicht weit eindringen kann. Bequem kann er dies in der Chloroformnarkose; hier gibt der Finger Auskunft über Ausdehnung und Sitz des Krankhaften, der Grenze des Gesunden und wird so ein wichtiger Leiter für das chirurgische Instrument, sei es Zange oder Löffel, ausserdem gibt er sofortige Auskunft über den Erfolg der Operation.

Die Fingeruntersuchung findet daher unmittelbar vor, sowie als Controle während und nach der Operation statt.

Die indirecte Untersuchung geschieht mittelst eines Rhinoskopes vom Rachen aus. Das Gaumensegel macht der Beleuchtung oft Schwierigkeiten, die bei wiederholten Versuchen meist überwunden werden.

In seiner Abhandlung (adenoide Neubildung im Nasopharynxraume, Volkmann's klin. Vortr. 125) gibt Gustav Justi ein Instrument an, um das Velum nach vorne und oben zu ziehen; er gibt hier ausserdem gute Winke zur Rhinoskopie vom Rachen aus.

Ferner geschieht die Untersuchung mit dem Finger, der bei einiger Uebung bequem bis in die Choanen eindringen kann und über das knöcherne Septum, den weichen Gaumen bis zur knöchernen Begrenzung sowie über die Nasopharynxhöhle sich Auskunft verschafft.

Sind die Nasenhöhlen mit getrockneten Schleim-Eiterborken verlegt, so müssen dieselben vorher mit der Sonde und Pincette oder mittelst längere Zeit fortzusetzender warmer Einspritzungen entfernt werden. Erst dann kann eine erfolgreiche Untersuchung stattfinden. Meist weisen bestimmte Klagen des Patienten auf das syphilitische Nasenleiden hin. Eine häufige Klage ist der eitrige, mit Blut vermischte Ausfluss, womit ein bedeutender täglicher Taschentuchverbrauch einhergeht. Wenn längere Zeit täglich 3, 4 Taschentücher verbraucht wurden, so kann man auf ein ernstes Nasenleiden schliessen. Häufig vertrocknen die Absonderungen in der Nase zu dicken, langen Klumpen, die dann immer erst in Zwischenräumen von einigen Tagen ausgeschneuzt werden. Zuweilen besteht nur ein mehr wässeriger Ausfluss bei erschwertem Nasenathmen; hier findet man mehr Schwellung der inneren Nasentheile. Bei längerem Verweilen blutig-eitriger Absonderungen findet sich, besonders wenn nekrotische Gewebstheile beigefügt sind, ein objectiver übler Geruch. Der zuweilen vorkommende subjective üble Geruch deutet auf Affection der Olfactoriusgegend. Je nach dem Ergriffensein der Theile ist die Nase zuweilen geschwollen und schmerzhaft auf Druck. Schmerzempfindungen heftigster Art, als: Gesichts-, Stirn- und Kopfneuralgien bestehen gerne bei Erkrankungen des Siebbeins, resp. der tief und hoch gelegenen Theile. Ob nicht auch Cerebralerscheinungen bei tiefem syphilitischen Nasenleiden vorkommen können, möchte ich nicht sofort verneinen. Ich werde einen hierhin gehörigen Fall (4) nachher noch mittheilen.

Man soll es sich zur Regel machen, bei einem mit syphilitischem Leiden Behafteten die Nase, auch ohne weiteren Hinweis auf dieselbe, genau zu untersuchen; nicht minder auch die Naso-

pharynxhöhle, da sich hier zuweilen gegen Erwarten auch in der condylomatösen Periode bei scheinbarem Ablauf der Erscheinungen solche vorfinden.

Durch die beschriebene genaue Untersuchung erfährt man Sicheres über Natur, Sitz und Ausdehnung des Leidens, über bereits stattgefundene und noch zu erwartende Defecte.

Hiernach wird dann die Wahl der local anzuwendenden Mittel nicht schwer zu bestimmen sein.

Als locale Mittel in der Behandlung syphilitischer Nasenhöhlenerkrankung sind die Injectionen sehr in Brauch; sie dienen theils zur Reinigung der Nasenhöhle, theils zu deren Bespülung mittelst medicamentöser Flüssigkeiten. Dieselben werden entweder im grossen Strome mittelst der Weber'schen oder einer der vielen nach ihrem Principe eingerichteten Douchen vorgenommen, in welchem Falle mehr die unteren und mittleren Nasentheile bespült werden oder mittelst kleiner Spritzen, deren Ende durch ein dünnes Kautschukrohr verlängert wird, wodurch die höher gelegenen Theile mit medicamentösen Flüssigkeiten mehr isolirt erreicht werden können. Damit die Weber'sche Douche dem Gehörorgane nicht schade, empfehlen die Ohrenärzte (z. B. Patterson Cassels in Glasgow), die Douche bei geschlossenem Munde vorzunehmen und nicht eher die Flüssigkeit aus der Nase herauszuschneuzen, bis das Meiste von selbst ausgelaufen ist (British medical Journ. 1877). Man hat auch einen Flüssigkeitszerstäuber für die Nase construirt. Das Einschnaufen von gepulverten medicamentösen Stoffen wird namentlich von französischer Seite empfohlen und sind besonders die mit Zucker oder Talcum venet. vermischten Quecksilberpräparate bei Nasensyphilis gerne angewandt.

Auch lassen sich Einpinselungen der erkrankten Stellen der Nase bequem vornehmen mit Lösungen, die je nach der Affection ausgewählt werden.

Einathmungen von gasförmigen Substanzen finden auch bei der Therapie der Nasenerkrankung statt. Diday empfiehlt gegen die syphilitische Erkrankung das Einathmen von Zinnoberdämpfen. Ich selbst lasse oft Jodeinathmungen mittelst des Waldenburg-schen Apparates machen, dessen Luft durch eine mit der Jodlösung gefüllte Wulff'sche Flasche getrieben wird. Es ist anzu-



nehmen, dass durch diese Einathmungen die medicamentöse Luft auch in die verschiedenen Nasengänge hinkommt, und glaube ich manche Heilresultate bei umschriebenen schwer zugänglichen Nasenhöhlenerkrankungen auf die Einwirkung solcher Inhalationen schreiben zu müssen.

Eine ausgedehnte Anwendung finden die Aetzmittel, insbesondere der Lapisstift. Durch eine mit Argent. nitr. armirte Knopfsonde kann man unter Benutzung des Dilatators eng umschriebene Stellen ätzen; mit dem Lapisstift können erweichte Stellen zerstört, ulcerirte Stellen umgestimmt werden. Der von mir angegebene Stift, bestehend aus 1 Argent. chloratum und 9 Argent. nitr. ist besonders bei tiefem Aetzen anzurathen.

Eine bedeutende Concurrenz macht dem Aetzmittel der scharfe Löffel. Durch dieses Instrument werden zerfallende Gewebe bis ins Gesunde sehr sicher entfernt und so die noch nicht ergriffenen Nachbartheile von der Gefahr der örtlichen Ansteckung befreit. Die Anwendung des scharfen Löffels bedingt immer Blutung, deshalb kann sie nur bei sehr umschriebenen Erkrankungen unter der künstlichen Beleuchtung stattfinden. Ausserdem verursacht der scharfe Löffel grossen Schmerz, so dass er meist eine Chloroformnarkose erheischt. Der Hals des scharfen Löffels darf nicht schmal und biegsam, er muss breit und unnachgiebig sein. Die Chloroformnarkose braucht keine tiefe zu sein. Wegen der immer beträchtlichen Blutung bedarf man eines Assistenten, der den Kopf des Chloroformirten erhebt und nach vornüber beugt, damit kein Blut verschluckt werde oder gar in den Kehlkopf gelange. Ein anderer Gehilfe hält dem zu Operirenden ein Becken unter und hilft mit den Kranken stützen. Eine vorhergehende Tamponade der Choanen würde allerdings vor dem Blutverschlucken sichern; sie scheint aber meist überflüssig bei vornüber gebeugtem Kopfe.

Die Operation am herabhängenden Kopfe vorzunehmen, erscheint nicht nöthig; der aufgerichtete Kopf ermöglicht gewiss eine raschere und sichere Entfernung der gelösten Massen und des Blutes. Der Operateur steht vor dem Kranken; er hatte sich bereits durch genaue Ocular- und Sondenuntersuchung über die kranken Stellen orientirt. Er untersucht jetzt die Nasenhöhle nochmals entweder mit der Sonde oder dem Finger, um in der Leitung des Instrumentes sicher zu sein. In mehr kräftig schabenden, als wie

drückenden Zügen werden nun die gelockerten cariös nekrotischen Knochentheile und erweichten Gewebe herausgeholt. Sowohl die cariös nekrotischen Knochen weichen bei gutem Ansatze dem Löffel, als auch die erweichte granulirende, theilweise geschwürige Schleimhaut. Man fühlt bald, ob man gesundes, widerstandsfähiges oder krankes, widerstandsloses Gewebe unter dem Löffel hat. Von den Theilen des Oberkiefers ist die Entfernung des erkrankten Proc. palatinus durch den Löffel schwieriger. Von diesem Knochen gelingt es meist, den hinteren dünnen erkrankten Theil, sowie erkrankte Theile des anschliessenden Os palat. durch eine starre Sonde, die man unter den Knochen geführt hat, herauszuhebeln. Man vermeidet so die mögliche Perforation; der vordere dicke Theil des Proc. alveol. verlangt dagegen, für den Fall hier Theile entfernt werden müssten, die Anwendung des Meissels und glaube ich, dass auch hier bei einiger Vorsicht Perforation in den Mund vermieden werden kann.

Bei der Entfernung der Siebbeinknochen, resp. beim Gebrauche des scharfen Löffels in der Höhe der Nasenwurzel, könnte die Verletzung der Lamina cribrosa in Frage kommen. Dieselbe liegt aber sehr hoch und könnte nur beim Gebrauche eines kleinen Löffels erreicht werden. Ihre Verletzung, resp. Durchbohrung wird man namentlich, wenn man mit einem breiten Löffel operirt, sicher vermeiden.

Kleine umschriebene cariöse Stellen der Seitenwände lassen sich leicht durch einen hakenförmigen scharfen Löffel entfernen. Man überzeugt sich theils mit der Sonde, theils mit dem Finger nach vorgenommenem Eingriffe, ob man alles Krankhafte entfernt hat. Dann begibt man sich an die Stillung der Blutung, was durch Einspritzungen mittelst Eiswassers geschieht, das man vor der Operation in einem Esmarch'schen Irrigator bereit gestellt hat, sowie an die Reinigung des Patienten. Sollte die Blutstillung nicht gelingen, so wird ein Watte- oder Eisenchloridwattetampon fest an die blutende Stelle oder in die blutende Höhle angedrückt. Zuweilen ist man genöthigt, den Tampon unter guter Beleuchtung einzuführen und 1 bis 3 Tage liegen zu lassen. Hat man in der Siebbeingegend, resp. in der Höhe der Nasenwurzel operirt, so entsteht meist Oedem des einen oder beider Bulbi, selten Hinfälligkeit oder Fieber. Bei Ableitung auf den Darm und örtlich



kalten Umschlägen, verschwindet nach 4 bis 8 Tagen die örtliche Reaction.

Die Nachbehandlung besteht in der Reinhaltung der Nasenhöhle durch geeignete Einspritzungen oder Carbolölwattetampons, und habe ich nie gefunden, dass dieselbe irgendwie qualvoll vom Patienten befunden worden wäre; im Gegentheile lernt derselbe sie bald selbst vorzunehmen.

In der Mehrzahl der Fälle ausgedehnter oder tiefer syphilitischer Nasenerkrankung, reicht man mit dem durch die äusseren Nasenöffnungen eingeführten scharfen Löffel aus, ohne nöthig zu haben, durch die Rouge'sche Operation die Apertura pyriformis frei zu legen, wodurch man bequemen Zugang zu den tiefgelegenen erkrankten Theilen hat. Die hiemit einhergehende sehr starke Blutung behindert aber die Controle des Auges ganz bedeutend. Allerdings dürfte dies Verfahren bei ausgedehnter Erkrankung der Nasenknochen um die Apertura herum oder bis in das Antrum Highmori nöthig werden können. Bei ausgedehnter Erkrankung der Knochen und Weichtheile der Nasenhöhlen, oder da, wo bei umschriebener Erkrankung ihr Sitz schwer zugänglich ist, gelingt es selten, alles Krankhafte mit der ersten Operation zu beseitigen; es muss dann das Versäumte in einer folgenden nachgeholt werden, was meist 3 bis 4 Wochen nach der ersten vorgenommen werden kann. Wenn man sicher sein will, dass man nicht dennoch kranke Theile zurückgelassen hat, welche dem Patienten nach seiner Entlassung neue Ausbreitung der Erkrankung bringen könnten, so muss man den Patienten längere Zeit rhinoskopisch überwachen. Man muss sich nur gegenwärtig halten, dass in der genauen Beseitigung der syphilisirten Gewebe und der der Abstossung anheim gegebenen Theile die Sicherung vor dem Fortwuchern des Krankheitsprocesses gegeben ist. Sequester entfernt man auch bequem mit einer grossen Kornzange. Grössere lassen sich oft, wenn sie die Nasenöffnung nicht passiren können, wegen ihrer porösen und dünnen Beschaffenheit in der Nasenhöhle zerbrechen und dann bequem entfernen. Je weniger man den scharfen Löffel gebraucht hat, um so zaghafter geht oft der Anfänger in der Tiefe der Nasenhöhle mit demselben vor. Mit dem zunehmenden Erfolge und der Anzahl der geeigneten Fälle wächst das Vertrauen zu dem oft grossen Eingriff, der, je gründlicher er die Nasentheile von dem Krankhaften befreit,



um so grössere und schnellere Heilresultate erzielt. — Die Galvanokaustik ist auch ein nicht zu verachtender Behelf bei der localen Behandlung syphilitischer Nasenerkrankung. Sie kann immer nur unter Benutzung des Dilatators und der Beleuchtung angewendet werden; sie ist namentlich bei umschriebenen Affectionen verwendbar.

Die galvanokaustische Schlinge findet ihre Anwendung bei polypösen Wucherungen oder pathologischen, auf Berührung leicht blutenden Hervorragungen der Schleimhaut, wie sie sich an Muschelresten öfter vorfinden, auch um erkrankte grössere und kleine Knochentheile sich ausbilden.

Häufig wird man von den aufgezählten Verfahren zu localer Behandlung das eine als Ergänzung des anderen nöthig haben.

Ueber die Nothwendigkeit einer specifischen Allgemeinbehandlung habe ich meinen früheren Bemerkungen kaum etwas zuzusetzen. Manchmal wirken Mercurialcuren, andere Male Jodcuren oder beide nebeneinander günstig ein; in der Mehrzahl der Fälle sind sie ungenügend zur Bewältigung des localen Processes.

Die Indication zu operativen Eingriffen jedoch ist unabhängig von der Dauer der Allgemeinbehandlung; sie richtet sich mehr nach dem Stande des localen Leidens. Die operativen Eingriffe können demnach der Allgemeinbehandlung vorher, oder mit ihr einhergehen. Aus letzterem Umstande folgt, dass der die Nasensyphilis behandelnde Arzt sich mit ihrer operativen Behandlung vertraut machen muss. Ueberhaupt ist das Feld der Thätigkeit des Syphilidologen in der Behandlung seiner Kranken ein viel weiteres geworden. Die heute an ihn gestellten Ansprüche dürften sich nicht mehr auf die Durchführung einer specifischen Curmethode beschränken lassen. Wenn heute der Gynäkologe die blutigen Operationen an Uterus und Vagina vornimmt und selbst die Ovariotomie in seinen Bereich zieht, der Ohrenarzt den Operationen am Processus mastoideus, in der Nasopharynxhöhle, der Ophthalmologe der Exstirpatio bulbi, der Operation retrobulbärer Processe, den plastischen Operationen in der Augengegend gewachsen sein muss, so darf vom Syphilidologen mit Recht verlangt werden, dass er sich die operative Behandlung bei ulcerativen syphilitischen Processen zu eigen mache, seien dieselben nun in der Nase, Mund oder Kehlkopf, oder Haut, oder beständen sie in

nekrosirender Caries der verschiedenen Knochen, oder in Erweichung der Drüsen.

Mit diesem Standpunkte ist die Frage, ob chirurgische Eingriffe bei Syphilis, insbesondere der der Nase gerechtfertigt sind, erledigt. Ebensowenig, wie man bei syphilitischer Periostitis oder Ostitis der Extremitäten, der Rippen, des Kopfes u. s. w. für die übergrosse Mehrzahl der Fälle chirurgisch, resp. operativ eingreifen wird, ebensowenig wird man dies bei entsprechenden Leiden der Nasenhöhlen. Haben diese Erkrankungen aber zu Caries oder Nekrose geführt, oder sind hiemit ulcerative Processe der Schleimhaut verbunden, nimmt der sphacelöse Zerfall der entzündeten Theile wenn auch oft langsamen, aber seinen sicheren Fortgang, so findet sich auch immer seine Sistirung und hiemit die Rettung der Nachbarschaft mit der Erfüllung der Indication der chirurgischen Entfernung. Ich gebe zu, dass man Fälle findet, wo der specifische Process mit Abstossung der Muscheln, Perforation des Septums und selbst weiterer Defecte in langsamer Weise auch ohne chirurgische Eingriffe zur Ausheilung gekommen ist. Letztere erweist sich bei genauer Untersuchung jedoch häufig als eine unvollkommene und man darf wohl die Frage aufwerfen, ob solche Defecte bei der Anwendung localer Therapie so ausgedehnt geworden wären.

Solchen wirklich gewissermassen von selbst günstig verlaufenen Fällen stehen weit mehr recht ungünstig ausgegangene, sich selbst überlassene gegenüber, nicht minder solche, bei denen eben die locale Therapie den Krankheitsprocess zum raschen Stillstand brachte.

Von den in meiner ersten Arbeit erwähnten Kranken kann ich über folgende Auskunft geben:

Fall I stellte sich mir Ende October vorigen Jahres wieder vor. Herr M. hatte nicht die geringste Klage seitens der Nase, auch ergab deren Untersuchung nicht die geringste Erkrankung.

Fall IV kam vergangenen Sommer zur Untersuchung hieher. Nase geheilt. Auch die diesmal gelungene Untersuchung vom Pharynx aus ergab nichts Abnormes. Das Gehör hatte sich unter Anwendung der Politzer'schen Douche wesentlich gebessert.

Fall V. Herr B. hat noch Perforation des weichen Gaumens, die jedoch noch mehr verkleinert ist; sie ist der Rest des durch das



ulcerirte Gumma bedingten früheren grossen, erschreckenden Defectes; er will sie nicht operativ schliessen lassen, weil ihm die Wiederherstellung guter Aussprache nicht zugesichert wurde.

Fall VI. Frau A. ist, wie mir ihr Arzt schreibt, nicht geheilt. Der specifische Process spielt in den Siebbeinzellen fort. Ein Versuch aus dem vorigen Jahre, das Krankhafte vollständig zu entfernen, wurde wegen nach dem Eingriffe eingetretenen Schwindels, Erbrechens und verlangsamten Pulses zunächst nicht wiederholt. Das Allgemeinbefinden ist nach den letzten Nachrichten ein sehr befriedigendes. Mag auch bei diesem Falle in der gewaltsamen Entfernung einige Gefahr liegen, so liegt doch wohl in dem Fortbestande der tiefen Caries eine wohl noch grössere Gefahr. Die entfernten Massen sind von Herrn Dr. Sänger untersucht und beschrieben, und bezeichne ich unter den diesmal histologisches Untersuchungsmaterial liefernden Fällen diesen als Fall I.

Fall VII gab mir voriges Jahr Nachricht, dass die Nase verheilt sei; er weder Ausfluss noch Borkenbildung mehr habe. Die Perforationsöffnung in den Mund schiene ihm geschlossen zu sein, er merke von ihr nichts mehr.

Fall X ist nach Mittheilung des Arztes nicht geheilt; es bestehe Caries des Siebbeines. Ich bemerke, dass hier kein Auslöffelungsversuch der tiefen Theile stattfand.

Fall XI und XII sind nach mündlichem Berichte eines ihrer Freunde geheilt.

Fall XIV ist nach dem Berichte seines Arztes gänzlich geheilt.

Fall XV kam Ende vorigen Jahres zur Vorstellung. Ich bezeichne ihn in der diesmaligen Reihenfolge als Fall V, wo ich über ihn berichten werde.

Gerade dieser Fall beweist schlagend den grossen Nutzen des Volkmann'schen Verfahrens. Dasselbe hat nicht allein vorübergehend den über das ganze Naseninnere sich verbreitenden zerstörenden Process gehemmt, sondern die Nase dauernd von demselben geheilt. Wenn ein Jahr nach der Entlassung des Patienten aus der Cur die Nasenhöhle überall mit glatter Schleimhaut — als solche erscheint die Auskleidung der Nasenhöhle — bekleidet ist, nirgendwo Borkenbildung stattfindet, wenn die Sonde unter Leitung des Reflectors in die verschiedenen, langen und runden Oeffnungen des Nasengrundes eingehend, nirgendwo blossen Kno-



chen trifft, nirgendwo auch nur unbedeutende blutige Absonderung hervorruft, so darf man wohl von dauernder Heilung sprechen.

Folgender Fall spricht nicht minder schlagend für den Nutzen des Ausräumungsverfahrens.

II. Herr Cl.ls, 27 Jahre alt, inficirte sich November 1874, er gebrauchte Jodquecksilberpillen gegen den Fleckenausschlag. Vier Monate später, sowie im August 1875 traten Geschwüre, namentlich der Unterextremitäten auf. Eine Decoct. Zittm.-Cur beseitigte dieselben. Im Winter 1875/76 stellte sich eine Zungenaffection ein. Im Mai 1876 bestanden Papeln der Zunge, sowie ein Geschwür der hinteren Pharynxwand, das bis hinter das Velum hinaufging. Eine Inunctionscur von 35 Einreibungen, sowie wiederholte Aetzungen des letzteren mit Lapis infern. beseitigten die Erscheinungen. Im Winter 1876/77 wurde erneute ulceröse Erkrankung des Pharynx mit Decoct. Zittm. beseitigt. Im Juli 1877 war Erkrankung der Nasenhöhlen eingetreten. Patient kam in meine Behandlung. Derselbe, von mittlerer Grösse, ist mässig genährt, zeigt vergrösserte Cervicaldrüsen. Aus der Nase wird bei jedesmaligem Schneuzen blutig-eitrige Flüssigkeit entleert. Bei der Untersuchung von vorne erkennt man diffuse Schwellung und Röthung der hintern Septumwand, namentlich linkerseits. Man fühlt mit der Sonde freiliegenden Vomer, sowie das Os palatinum entblösst. Bei der Inspection in den Mund fällt das geschwollene, dunkelrothe Palatum molle auf, das schlaff nach vorn herabhängt und wie paralysirt erscheint. Hiedurch wird die vorgenommene rhinoskopische Untersuchung vom Pharynx aus eine sehr bequeme. Man erblickt zwischen beiden Choanen den freien Rand des Vomer, sowie das Os palatinum rein wie anatomisch lospräparirt. Es wird sofort der Finger vom Pharynx aus eingeführt und gelingt es, einen Theil der entblössten Knochen beweglich zu machen und zu entfernen. Neben einer specifischen Cur werden Nasenbespülungen mit Jodlösung verordnet und gelang es allmälig auch die auf dem Nasengrunde blosliegenden Knochen, indem ich mit einem schmalen Löffel unter sie kommen konnte, herauszuhebeln. Der von vorne zu sehende, gelblich belegte, freie Rand der hinteren Schleimhautpartien wurde wiederholt mit Lapis cauterisirt. Der Ausfluss hörte auf, das Velum palatinum war wieder beweglich, derart, dass man nicht mehr im Stande war, vom Pharynx aus mittelst des Rhinoskopes zu untersuchen, das Velum sperrte sofort den oberen Pharynxraum beim Einführen des Spiegels ab. Die Inunctionscur



wurde 45 Tage lang durchgeführt. Man fühlt nirgendwo mehr freien Knochen, dagegen erscheint bei der Untersuchung mit dem Dilatator die Schleimhaut des Septums sowie der mitteren Muschel tief hinten geschwellt und geröthet. Ich entlasse den Patienten mit dem Auftrage, mehrere Wochen lang vier Tage in der Woche grosse Jodkalidosen zu nehmen und die Nase mit warmem Kamillenthee täglich auszuspülen. Bereits 4 Wochen nach seiner Abreise schreibt mir Patient, seine Nase sei viel schlimmer geworden. Er fühle mit der Sonde freien Knochen, der Ausfluss sei stark, die Nase schmerzhaft. Ich veranlasse ihn, so bald wie möglich wieder hieherzukommen. Er trifft im November wieder ein. Der Befund ist folgender:

Stat. praes. Patient ist abgemagert, fiebert Abends, hat nächtliche Schweisse; rechtsseitige Halsdrüsen geschwollen; auf der Kopfhaut befinden sich an fünf verschiedenen Stellen zehnpfenniggrosse Flächengummata, von denen einzelne erweicht und ulcerirt sind. Die Nase ist aufgetrieben, die linke Seitenwand sowie der Nasenrücken auf Druck schmerzhaft; ebenso das Palatum durum. Die Nase erscheint verstopft und wird Eiter und Blut herausbefördert. Die Einführung des Dilatator ist sehr schmerzhaft. Man sieht nun nur noch das häutige und einen Rest des knorpeligen Septums; letzteres geschwellt, geröthet, auf die geringste Berührung äusserst empfindlich, sein hinterer freier Rand mit gelbem Belage eingefasst. Die rechte untere Muschel fehlt; die Auskleidung der Nasenhöhle mit zähem Eiter belegt, nach dessen Wegspülung blutende granulirende Fläche erscheint. Der Nasengrund (unterer Nasengang) ulcerirt seiner ganzen Länge nach. Mit der Sonde fühlt man seitwärts links, ferner hinten und oben, der Siebbeingegend entsprechend, entblösste Knochenflächen. Die Untersuchung mit dem Spiegel vom Pharynx aus gelingt nicht wegen starker Reflexbewegungen des weichen Gaumens.

Therapie. Patient wird andern Morgens nach nochmaliger Untersuchung sofort chloroformirt und die Nasenhöhle von den ulcerirenden Massen ausgeräumt. Ich entferne eine grosse Menge erweichter Gewebslappen mit Leichtigkeit sowie Knochenstücke. Die Blutung wurde bald gestillt, die Reaction war mässig; die Nasenhöhle wird täglich ausgespritzt und mit Carbolölwatte ausgefüllt. Es wird eine specifische Cur eingeleitet. Patient fühlt sich bereits zwei Tage nach der Operation sehr erleichtert in der Nase. Die inneren Nasentheile sind bei der Untersuchung nicht mehr empfindlich. Die Sonde fühlt

auf dem rechtsseitigen Nasengrunde freien Knochen, der offenbar durch die Entfernung der ulcerirten Bedeckung entblösst ist. Derselbe ist nach weiteren acht Tagen überhäutet und nicht mehr zu fühlen. Dagegen findet sich an der rechten inneren Seitenwand ein kleines, glattes Knochenstückchen; dasselbe wird nach einigen Tagen mittelst eines hakenförmig zulaufenden scharfen Löffels leicht unter der Anwendung der Beleuchtung entfernt. Die Nasenhöhle hat ein glattes Aussehen erhalten; die Heilung der geräumigen Nasenhöhle geht regelmässig vor sich; dagegen bleibt noch der frei nach innen ragende Rand des Septumrestes empfindlich und wund. Er wird cauterisirt. Die Nase ist nicht mehr aufgetrieben, die äussere Gestalt normal erhalten. Das Fieber, der nächtliche Schweiss ist verschwunden; dagegen gehen die Gummata der Kopfhaut sehr langsam zurück. Ende Jänner sind die Gummata abgeflacht und der Mehrzahl nach verheilt. Der Nasenbefund ist folgender: Das knorplige und knöcherne Septum fehlt; man übersieht von der rechten Nasenöffnung mittelst des Dilatators bequem die linke äussere Seitenwand. Hier ist die untere Muschel der Länge nach stark hervortretend, wie verdickt, die sie bedeckende Schleimhaut ist glatt, auf Berührung nicht blutend. Der Septumrest ist an seinem freien Rande nicht mehr schmerzhaft. Die rechte äussere Seitenwand, sowie der rechtsseitige Nasengrund sind mit dünnem, zähen Schleim bedeckt, nach dessen leichter Ablösung mit der Knopfsonde eine hyperämirte glatte Schleimhaut erscheint. Die untere Muschel ist rechterseits in ihrem vorderen Theile verschwunden, der hintere Theil bietet nichts Abnormes. Von der mittleren rechtsseitigen Muschel besteht noch ein Rest, dessen vorderer Schleimhauttheil zipfelförmig verlängert ist. In der Höhe der Lamina perpendicularis des Siebbeines, die mit gesunder Schleimhaut bedeckt ist und frei hinten in die Nasenhöhle hineinragt, befinden sich einige runde Oeffnungen. Die hier eingehende Sonde verursacht Blutung, man stösst aber nicht auf freien Knochen; solcher ist nirgendwo zu fühlen. Schleimabsonderung sehr gering.

Der Befund ist demnach ein günstiger, dennoch bedarf die Nasenhöhle wegen der hypertrophirten Schleimhaut des rechtsseitigen mittleren Muschelrestes, sowie wegen der leicht hervorgerufenen Blutung beim Eingang in die Siebbeinzelle der Ueberwachung. Ende Februar erscheint die ganze Nasenhöhle geheilt; dagegen sind die Gummata capitis noch nicht gänzlich verheilt.



III. Herr St. l, 26 Jahre alt, hat sich im Mai 1870 inficirt. Er gebrauchte, so lautet die Angabe des Patienten, eine 8monatliche Quecksilbercur. Eine zweite Cur wird im Sommer 1878 vorgenommen. Anfangs 1876 zeigte sich ein Geschwür in der Nasenscheidewand, sowie Ausschläge an den Unterextremitäten. Behandlung mit Decoct. Zittm. Ostern 1876 traf ihn ein schlagartiger Anfall, in dessen Folge die Sprache undeutlich wurde und die rechte Seite wie gelähmt war. Das Geschwür in der Nase hat sich wieder gebildet. Jod-Quecksilbercur. Mitte Juli begann eine sechswöchentliche Cur in Kreuznach, wo neben den Bädern Mercur gebraucht wurde. Patient kam jetzt in eine Irrenheilanstalt. Es bildete sich ein übelriechender Ausfluss aus der Nase aus, an der linken Nasenöffnung bildeten sich Geschwüre. Mit dem Ausspülen der Nase kamen häufig Knochenstücke heraus. Er kam jetzt in meine Behandlung.

Stat. praes. Patient, der dem Trunke ergeben ist, sowie gesteigerten Sexualreiz besitzt, antwortet langsam und mit erschwerter Aussprache. Er sieht fett aus, hat guten Appetit und Schlaf. Die Gesichtsfarbe ist eine schmutzig-blasse, die Augen bewegen sich langsam, die Lider sind leicht geschwollen. Die Bewegungen sind vorsichtig, zaghaft. Geistige Arbeiten fallen dem Patienten sehr schwer. Er onanirt. Urin nicht eiweisshaltig. Das syphilitische Leiden concentrirt sich in der Nase. Die äussere Gestalt der Nase ist insoferne verändert, als eine leichte Einsenkung dem Beginne der Apert. pyrif. entsprechend vorhanden ist; ausserdem ist der linke Nasenflügel verkleinert, die Nasenöffnung ist ringsum ulcerirt. Bei der Untersuchung der Nasenhöhle findet sich ein Fehlen des knorpeligen und knöchernen Septums, sowie der unteren und theilweise der mittleren Muscheln. Die innere Oberfläche bildet eine grob granulirte Geschwürsfläche; es finden sich cariöse Knochen nach allen Richtungen hin.

Es wurde neben der allgemeinen und specifischen Behandlung die örtliche eingeleitet. Erstere bestand in einer Thermal- und Inunctionscur, letztere in der wiederholten Anwendung des scharfen Löffels. Trotzdem bei dem ersten grossen Eingriff bedeutende Massen entfernt wurden, zeigte sich in der Tiefe links und oben dem hinteren Theile des Oberkiefers entsprechend noch leicht durchdringliches Gewebe, hinter dem rauher Knochen sich befand. Die Entfernung dieser Theile veranlasste eine starke Blutung, welche eine mehrtägige Tamponade erforderlich machte. Ein dritter und vierter grösserer Eingriff



wurden bedingt durch noch vorhandene Caries in der Tiefe der rechten Seite der Nasenhöhle. Es war hiemit die Entfernung des Krankhaften aus der Nasenhöhle gelungen, deren Oberfläche sich allmälig mit gesunden, schwach secernirenden Granulationen ausfüllte; der linke Nasenflügel, dessen innere Fläche ulcerirt war, war bei der Heilung eingeknickt und bildete sein freier Rand mit der vernarbten Stelle des vorderen Naseneinganges ein verengtes Nasenloch. Im Uebrigen hatte die äussere Gestalt der Nase nicht weiter gelitten. Patient, der sich wegen freiwilliger Samenabtreibungen und seines früheren Lebenswandels noch sehr unselbstständig und verworfen vorkam, ging dann in eine Pflegeanstalt. Er schrieb mir die letzten Tage, dass seine Nase, die er täglich mehrere Male ausspritzte, kaum noch absondere und er allmälige Besserung auch seines geistigen Zustandes verspüre. Er gebrauche noch Jodkali. Die in verschiedenen Sitzungen herausgeförderten Massen sind von Herrn Dr. Sänger untersucht.

Betreffs der wiederholt benöthigten Eingriffe mit dem scharfen Löffel gebe ich zu berücksichtigen, dass man wohl selten bei sehr ausgedehntem Krankheitsprocesse in der so sehr geräumigen Nasenhöhle mit Einem Eingriffe alles Krankhafte entfernt. Das liegt an der während der Operation der genauen Besichtigung entzogenen Localität, und ereignet sich nicht allein bei meinen Patienten, sondern auch bei anderen, von kundiger Hand behandelten. So lese ich in dem Berichte von Herrn Küster über seine fünfjährige Thätigkeit am Augusta-Hospitale in Berlin, dass er die Auslöffelung bei scrophulösem Nasenleiden am herabhängenden Kopfe machte; nach viermonatlicher Cur wurde Patientin entlassen; es fand sich jedoch noch ein blossliegendes Knochenstück vor. Ebenso wird man bei syphilitischer Caries der Nase, will man die Beseitigung des Cariösen durchaus erstreben, und so sich vor neuer Localinfection sichern, öfter zu nachträglichen Eingriffen übergehen müssen, wodurch allerdings die Dauer der Cur sich sehr in die Länge ziehen kann.

IV. Frau H., 37 Jahre alt, gibt folgenden Krankheitsbericht: sie war als Mädchen gesund, jedoch immer „ängstlichen, zuweilen kummervollen Gemüthes;“ verheiratete sich 1862; bekam im Verlaufe der ersten Schwangerschaft ein Geschwür am Oberschenkel, sowie bald darauf mehrere an den Labien, gebar ein gesundes Kind. Im Frühjahr 1864 trat ein grossfleckiger Ausschlag auf; sie gebrauchte darauf



eine Cur in Cannstadt, nach welcher ein 14tägiger Speichelabfluss auftrat. Nach mehrwöchentlicher Pause trat wieder ein Ausschlag auf Rücken und Unterextremitäten auf, der auf Einreibungen verging. Im Jahre 1866 gebar sie das zweite lebende Kind und bis zum Jahre 1876 das siebente und sollen die letzten 5 fette, schöne Kinder sein, während die beiden ersten schwächlicher seien. Vier Wochen nach der Geburt des letzten Kindes wurde Frau H. schwermüthig, theilnahmlos gegen Alles; sie spürte vorn in der Stirne etwas, das ihren Geist hemmte; es kam zeitweise Blut aus der sonst verstopften Nase. Sie wurde dann in Bern 7 Wochen mit Jodkali und Einspritzungen in die Nase behandelt. Es trat kurz vorübergehende Besserung ein. Die Empfindlichkeit in der Stirne wurde zum beständigen Schmerze; zu der allgemeinen Theilnahmlosigkeit trat grosse Gedächtnissschwäche. Sie gebrauchte dann 1877 in einer Anstalt 14 Sublimatbäder, Jodkali und Schnupfwasser; ausserdem Bepinseln der Stirne mit Jodtinctur. Sie fühlte sich nicht geheilt; subjectiver übler Geruch in der Nase, zeitweiliger blutig-eitriger Ausfluss aus der Nase, der fixe Stirnschmerz blieben neben der traurigen Gemüthsstimmung bestehen. Patientin kam darauf in meine Behandlung.

Stat. praes. Patientin mässig wohlgenährt, hat alte Pigmentflecke, theils vereinzelt, theils in Gruppen über dem ganzen Körper, dazwischen stehen kleine und grössere, flächenartige, wie warzenartige, trockene Bildungen. Ein Fluor albus ist bedingt durch eine Art Condylom an der Portio vaginalis. Die Nase ist schön geformt und ergibt die Inspection nichts Abnormes, weder in der rechten, noch in der linken Nasenhöhle. Aus letzterer kommt jedoch beim Schneuzen etwas blutiger Eiter; die Kranke muss fortwährend schnüffeln und weist auf die Mitte der Stirne, dass da das Uebel sitze, auch klagt sie über sie peinigenden üblen Geruch, der aber objectiv nicht zu bemerken ist. Die Untersuchung mit der Knopfsonde entdeckt nun in der Tiefe und Höhe der linken Nasenhöhle eine rauhe freie Knochenstelle; die Länge des eingeführten Sondentheiles übertrifft um mehrere Centimeter die Länge der Nase. Die Stelle des kranken Knochens befindet sich in der Höhe und links von der Nasenwurzel; Druck auf denselben mittelst der Sonde ruft den Stirnschmerz in verstärktem Masse hervor. Der Knochen scheint unbeweglich zu sein.

Therapie. Eine Thermal- und Inunctionscur wird eingeleitet. Die Entfernung des Knochens erscheint um so wichtiger, als er den



Stirnschmerz zu bedingen scheint, und liegt selbst der Gedanke nicht fern, dass bei der Anlage zu trüber Stimmung und bei dem der Basis cranii nahen Sitze des Leidens letzteres die traurige Gemüthsverfassung der Patientin sehr beeinflussen dürfte. Im Verlaufe einer 30tägigen allgemeinen Cur wurde der Knochen nicht beweglicher, dagegen peinigte sich die Kranke immer mehr über ihren Jammerzustand mit Selbstmordgedanken. Es trat gänzliche Appetit- und Schlaflosigkeit ein. Letztere wurde nur wenig durch Bromkali beeinflusst. Die operative Entfernung des tiefsitzenden Knochens wurde dringlich. Die Frage war die, ob man ihn mit dem scharfen Löffel bei dem engen Zugange, oder mittelst temporärer Resection entfernen solle. Ich zog Herrn Dr. Bardenheuer, Oberarzt aus Cöln, zu Rathe und wurde beschlossen, die Entfernung mit dem scharfen Löffel vorzunehmen. Es gelang nicht, bei der ersten, unter Chloroformnarkose vorgenommenen Operation den kranken Knochen ganz zu entfernen. Die Reaction nach derselben war insoferne eine unbequeme, als die Patientin die ersten drei Tage wiederholt an Erbrechen und Ohnmachtsanfällen litt. Beide Erscheinungen, sowie die hiemit einhergehende Schwellung der linken Gesichtshälfte schwand jedoch nach 7 Tagen. Insoferne war immerhin ein günstiger Erfolg erzielt, als der früher in der Mitte befindliche Stirnschmerz mehr nach links gerückt und wesentlich geringer war. Aber die Sonde stiess in derselben Tiefe noch auf rauhe Knochenfläche. Es wurde deshalb 4 Wochen nach der ersten Operation derselbe Eingriff wiederholt. Diesmal gelang es, den kranken Knochen zu entfernen, womit allerdings Theile in der Umgebung mit weggenommen wurden; was bei der Enge des Zuganges theils unvermeidlich, theils nothwendig war. Es entstand eine schmerzhafte mit Fieber verbundene Schwellung der linken Augengegend, die nach 10 Tagen auf Bleiwasserumschläge verschwand. Der Stirnschmerz war gänzlich beseitigt, freier Knochen nicht mehr zu fühlen; dagegen sieht man hoch oben in der linken Nasenhälfte in eine künstlich gemachte Höhle, deren Oberfläche sich mit gesunden Granulationen bedeckt und Ausfluss bedingt. Letzterer bewirkt bei der Patientin Unzufriedenheit mit dem erlangten Resultate; der Gedanke der Unheilbarkeit verlässt die hysterische Kranke zunächst nicht. Nachdem ich mich mehrere Wochen lang von dem günstigem Verlaufe des Nasenleidens vergewissert habe, während welcher Zeit auch der kleine Tumor der Vaginalportion entfernt wurde, wird die Kranke zu ihrer

Familie entlassen, mit dem Auftrage, die Nase mehrere Male täglich mit Chlorkalilösung zu reinigen und Jodkali zu nehmen. Sie schreibt mir circa 5 Wochen nach ihrer Heimkehr, der Stirnschmerz sei weggeblieben, sie habe wieder Freude an der Arbeit, denke nicht mehr an's Sterben, wolle vielmehr für ihre Familie leben; der Kopf sei frei, dagegen komme noch immer Ausfluss aus der Nase. Die Anfangs Februar erhaltenen Nachrichten lauten gleichmässig günstig.

Dieser Fall hat mehrfaches Interessante. Namentlich denkt man dabei an die Arbeit von L. Loewe: „Ueber die anatomische Grundlage des Stirnkopfschmerzes" (Deutsche Zeitschr. für prakt. Med. 1877, Nr. 35), wo er aus seinen Untersuchungen des Riechkolbens von Kaninchen, da er hier Ganglienkugeln in dessen pialem Bindegewebe entdeckte, den Schluss zieht, dass für den Fall sich beim Menschen ein ähnliches Gangliengebilde vorfinde, er hierin ein Organ erkennen würde, dessen Erkrankungen die Empfindung des Stirnkopfschmerzes erklären würde. Jedoch hat in dieser Hinsicht die von Herrn Dr. Sänger vorgenommene Untersuchung der herausgehöhlten Theile kein Resultat ergeben und ist es wahrscheinlich, dass der Reiz der sensibeln Fasern der oberen Siebbeintheile den Stirnschmerz bedingt habe. Besonderes Interesse hat nicht allein das Verschwinden des Kopfschmerzes, sondern namentlich das Verschwinden der armseligen Geistes- und Gemüthsverfassung nach Beseitigung der Caries.

V. (Fall XV der ersten Reihe.) Herr Str. sieht kräftig und wohlgenährt aus. Er hat nur noch Spuren von Eiweiss im Harne. Er klagt jetzt über Eczema capitis, das ihn schon wiederholt in früheren Jahren befallen hat. Die Nase zeigt äusserlich die frühere Sattelandeutung, die in keiner Weise zugenommen hat. Die Nasenhöhle ist mit glatter Schleimhaut ausgekleidet, die einen klaren durchsichtigen Schleim in unbedeutender Weise absondert; sie zeigt nirgendwo eine Rauhigkeit. Das Eingehen mittelst der Sonde in die zu den Sieb- resp. Keilbeinzellen führenden Oeffnungen ergibt nichts Abnormes. Links tief nach hinten an dem Rudimente der Muschel sitzt noch ein kleiner, verdächtiger Wulst, den ich galvanokaustisch entferne. Ein hiedurch blosgelegtes Knochenstück wird auch leicht entfernt. Hierauf heilt die Stelle in regelmässiger Weise. Wegen des geringen Albumengehaltes leite ich neben ausgedehnter Thermalcur noch eine specifische Cur ein. Hierauf verschwindet das Albumen gänzlich aus dem Harne. Die Nase bleibt



vollständig geheilt. Die entfernten Produkte sind von Herrn Dr. Sänger untersucht und besprochen.

VI. Herr Br. leidet seit 5 Jahren an Syphilis; hatte Hautexantheme, dann syphilitische Angina und darauf Ozaena, wonach er den Vomer, sowie die rechtsseitige untere Muschel durch Nekrose verlor. Die angewandten Curen bestanden in Mercureinreibungen, Decoct. Zittm., sowie in Jodkali. Patient wandte diese Mittel sehr unregelmässig an. In der letzten Zeit traten in der Kehle beträchtliche wie condylomatöse Wucherungen auf; ausserdem stellte sich eine beständige Somnolenz ein, so dass Patient selbst während der Unterhaltung einschlief.

Stat. präs. Patient sieht wohlgenährt aus; hat schmutzig fahle Gesichtsfarbe. Der starke Unterleib ist zum Theile bedingt durch eine Vergrösserung der Leber, sowie ganz besonders der Milz. Die Sprache ist rauh und röchelnd; die Inspection in die Mundhöhle ergibt die Pharynxwand verdickt und unregelmässig. Diese unregelmässige Hypertrophie erstreckt sich nach abwärts bis zum Kehlkopf, dessen Eingangsbegrenzung ödematös geschwellt ist. Nach der Nasopharynxhöhle zu ist die entartete Schleimhaut stellenweise ulcerirt; unmittelbar hinter dem Velum ragen rechts und links Anschwellungen hervor, die sich nach oben zu erstrecken scheinen. Der hinter das Velum eingeführte Finger entdeckt zwei grosse Tumoren, welche die Choanen verlegen; sie sind rechterseits resp. linkerseits bis hoch oben fest angewachsen; ihr oberes Ende ist nicht zu erreichen, dagegen sind sie nach der Pharynxwand zu frei hervorragend. Die Nasenuntersuchung ergibt Fehlen der knorpeligen und knöchernen Scheidewand, Defecte der Muscheln; die auskleidende Schleimhaut erscheint geheilt, nirgendwo freier Knochen. Tief hinten sieht man die Choanen grossentheils durch die Tumoren verlegt. Der Schlaf des Patienten ist ein eigenthümlicher. Er liegt im Bette auf der rechten Seite, athmet zwei, dreimal recht laut, dann entsteht eine Athempause, Patient wälzt sich auf sein Gesicht, das in die Kissen verborgen wird, der Athem scheint gänzlich zu stocken, da erfolgt ein schnarchendes Aufathmen, der Körper wendet sich auf den Rücken, die Augen werden weit geöffnet, dann schläft Patient wieder weiter, nach einigen Athemzügen wieder grosse Athempause mit demselben beängstigenden Manöver und so fort. Ob die Somnolenz ein Zeichen einer Gehirnaffection oder vielmehr einer in Folge des mangelhaften Ein- und Ausathmens entstandenen fortwäh-

renden Kohlensäure-Intoxication ist, lasse ich unentschieden. Jedenfalls spielt letztere in dem Befinden des Patienten eine Rolle. (Die Stimmbänder zeigten sich stark hyperämirt.)

In der Annahme der Tumoren als Gummata, sowie der Hypertrophie der ganzen Pharynxwand als syphilitische Flächenverdickungen wurde eine Inunctionscur neben der Thermalcur eingeleitet. Die geschwürigen Stellen wurden geätzt, die Pharynxwand mit Jodtinctur bepinselt; ausserdem wurden Jodinhalationen gemacht. Die unter dem Velum hervorragenden Geschwulstenden konnten mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt werden. Es war bei der Längsverwachsung der Tumoren nicht möglich, sie mit der Schlinge zu fassen. Ihre Exstirpation verlangte die temporäre Resection des Oberkiefers. Angesichts dieser Eventualität und mit Rücksicht darauf, dass die allgemeine Behandlung eine wesentliche Besserung in der Athmung, sowie im Verschwinden der Somnolenz erzielte, wurde auf eine operative Entfernung nicht gedrungen. Patient reiste nach zweimonatlicher Behandlung mit gebessertem Halse und besserem Allgemeinbefinden, aber noch mit beiden verkleinerten Tumoren behaftet, nach Hause. Spätere Nachrichten habe ich nicht erhalten. Jedenfalls würde beim Fortwachsen der Tumoren deren Entfernung durch operativen Eingriff indicirt sein.

VII. Fall. Frau V. ist seit 2 Jahren inficirt, hat ein todtes Kind geboren. Sie leidet an Aphonie; ausserdem besteht blutig-eitriger Ausfluss aus der rechten Nasenhälfte. Es finden sich geschwollene Cervicaldrüsen. Als Ursache der Aphonie ergibt sich eine ulceröse Affection beider Chordae vocales. Der rechtsseitige Nasengang ist von ulcerirender Schleimhaut besetzt und blokirt, Nasenscheide- und Seitenwand sind geschwellt und berühren sich theilweise. Entblösster Knochen ist nicht zu finden.

Neben einer specifischen Allgemeinbehandlung wurde in den Kehlkopf über den andern Tag arg.-nit.-Lösung eingepinselt, später mit dem Störk'schen Tropfapparat eingeträufelt; die rechte Nasenhöhle wurde mit dem scharfen Löffel von den erweichten Massen befreit und dann wiederholt cauterisirt, ausserdem wurden Jodinhalationen gemacht. Die seit einem Jahre bestehende Aphonie wurde geheilt, die Stimmbänder heilten, das eine mit einem kleinen Defect an der vorderen Seite, die Stimme war wieder eine wohlklingende. Die Nase war gänzlich geheilt.



VIII. Fall. Herr P. leidet an Schwindel, taumelndem Gang, Parese der rechten Seite. Er hat Periostosen der Fibia; ausserdem leidet er an Ausfluss der rechten Nasenhöhle.

Die Inspection der Nase ergibt eine Vergrösserung der mittleren Muschel namentlich rechterseits, und hängt ihre Schleimhaut zipfelförmig herunter. Ihre Berührung mit der Sonde verursacht Bluten. Die Sonde, zwischen mittlerer Muschel und Seitenwand eingehend, stösst auf eine kleine entblösste Knochenstelle. Durch eine specifische Cur, sowie auf Jodeinathmungen überhäutet sich die freie Knochenstelle; ich konnte sie wenigstens später nicht mehr entdecken. Die verlängerte Schleimhaut wird galvanocaustisch abgetragen. Der Ausfluss ist bedeutend vermindert.

In einem anderen (IX.), noch in Behandlung befindlichen Falle besteht neben Cerebralerscheinungen — sich kundgebend in Schwindel, erschwerter Sprache, öfterem Zittern und Zucken, morgendlichem Erbrechen — zeitweise auftretender, sehr deprimirter Gemüthsstimmung — eine beträchtliche Vergrösserung durch Auftreibung der linken mittleren Muschel. Deren Schleimhaut ist oben mit der des Septums verwachsen; sie schliesst hier zwei runde kleine Oeffnungen ein, in die eingehend die Sonde nichts Krankhaftes entdeckt. Die mittlere Muschel verläuft mehr quer von links nach rechts in dem oberen verbreiterten Nasenraume; sie ist nicht schmerzhaft auf Berührung. Hieneben ist stärkere, zu dicken Borken vertrocknende Absonderung vorhanden. Verschiedene Knochen sind früher abgegangen, jetzt sind keine entblössten Knochen zu fühlen. Syphilitische Infection hat vor 9 Jahren stattgefunden.

Unter den angeführten Fällen sind wiederholt syphilitische, tief sitzende Nasenleiden mit Cerebralerscheinungen gepaart. Es sind namentlich die Fälle 3, 4, 8, 9, bei denen die Knochen des Schädeldaches keine Auftreibung anzeigten, während solche bei Fall 5 (XV der ersten Arbeit) zur Zeit der mit dem Nasenleiden gepaarten Gehirnsymptome vorhanden waren. Es darf wohl mit Rücksicht auf die Nähe der Basis cranii zu den genannten pathologischen Localitäten die Frage aufgeworfen werden, ob und in welchem Zusammenhange Cerebral- und Nasenleiden stehen; ob hier blos eine reflectorische Wirkung auf das Gehirn oder eine locale Fortleitung des Krankheitsprocesses auf dasselbe stattfand, oder beide unabhängig von einander erkrankt sind. Ich will diese



Frage, welche die Mehrzahl der angeführten Fälle unentschieden lässt, hiemit zur weiteren Beachtung nur angeregt haben, möchte aber für den Fall 4, wo erst mit dem Erfolge des localen Eingriffes die mit Verwirrtheit einhergehende unglückliche Gemüthsstimmung allmälig verschwand — die neuesten Nachrichten bekunden dies wiederholt — mehr eine Reflexwirkung, als wie eine selbstständige luetische Gehirnerkrankung annehmen.

Fall 6 und 7 weisen auf die Beziehungen der Affectionen der Nasenhöhle zu denen des Kehlkopfes hin. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass durch das Hinabfliessen des specifischen Nasensecretes, resp. des der Nasopharynxhöhle in den Kehlkopf und tiefer der specifische Process hineingeschleppt werden kann.

In wiederholten Fällen konnte ich den Zusammenhang der specifischen Ulceration der einen Seite der oberen Pharynxgegend mit der entsprechenden Seite der Epiglottis, des Kehlkopfeinganges bis zum Stimmbande nachweisen. Bei der Lage der Tuba Eustachii sind Erkrankungen des Gehörs nicht minder zu erwarten. Ja! in einem im vergangenen Jahre zur Behandlung gekommenen Falle — die Infection hatte im Jahre 1874 stattgefunden — war aus einer rechtsseitigen ulcerösen Nasopharynxaffection Verlust der rechten Hälfte des weichen, mit der Pharynxwand theilweise verwachsenen Gaumens, Verlust der rechten Hälfte der Epiglottis, sowie beider wahrer Stimmbänder, Otitis int. mit Verlust des rechten Trommelfelles entstanden. Dies waren abgelaufene, grossnarbige Processe. Es bestand aber noch als nicht abgelaufener Process Infiltration beider Lungen mit blutiger Bronchorrhöe, und hohem (39·5°) abendlichen Fieber. Hieneben bestand schmerzhafte Entzündung der Arm-, Knie- und Fussgelenke. Patient wurde durch eine langsam vorschreitende specifische Cur und den wohlthätigen Einfluss der Aachener Bäder von seiner Lungenaffection bis auf geringen Husten, von der Gelenkaffection bis auf geringe Schwellungen geheilt. Die rauhe Stimme wurde von den falschen Stimmbändern gebildet. Die Lungenaffection war wohl sicherlich die Fortsetzung des von der Nase local nach abwärts gegangenen Processes.

Aus manchem der angeführten Fälle geht die Thatsache hervor, dass die syphilitischen Affectionen der Nasopharynxhöhle nicht allein von zerstörender Wirkung für die Nase und ihre



nächste Nachbarschaft, sondern auch für ferner gelegene Organe werden können. Es drängt sich daher mit Nothwendigkeit das Verlangen auf, denselben so sehr und so rasch wie möglich Einhalt thun zu können. Die von Charles Mauriac in seiner umfangreichen Abhandlung: „La syphilose pharyngo-nasale" Paris 1877, erzählten vielen Krankengeschichten beweisen wegen der hier vorkommenden mehr weniger grossen Zerstörungen die Unzulänglichkeit der specifischen Curen, was auch Mauriac bereits in der Vorrede hervorhebt. Um so auffälliger ist es, dass er vor irgend wie eingreifender oder nur irritirender Localbehandlung warnt. In keiner seiner Krankengeschichten findet sich auch nur der geringste Nachweis über eine eingreifende locale operative Behandlung oder gar deren schädliche Folgen. Alle die kleinen und grossen Defecte in Nase und Rachen sind nur durch die Syphilose entstanden, trotz des Vermeidens angeblich schädlicher localer Eingriffe.

Ich glaube durch den Verlauf vieler meiner Fälle von Nasensyphilis dargethan zu haben, dass in der von mir geschilderten localen Behandlungsweise ein sicheres Mittel zur Schaffung der günstigsten Heilbedingungen gegeben sei. Wenn das eine und das andere Mal Heilung hiermit nicht erzielt ist, so liegt dies mehr daran, dass sie nicht im Stande war, alles Krankhafte zu entfernen. Auch in solchen Fällen war der Nutzen der localen Behandlung unverkennbar, das Krankheitsfeld war eingeschränkt worden; eine Verschlimmerung des Krankheitsprocesses durch den localen Eingriff des scharfen Löffels habe ich nie gesehen. Mögen auch manchmal einzelne gesunde Theile mit herausgeschabt worden sein — ein Nachtheil im Heilungsverlaufe war hierdurch nicht zu erkennen. Wird ja auch bei anderen Operationen manchesmal gewissermassen mit Nothwendigkeit gesundes Gewebe weggenommen, ohne dass dies den raschen Heilungsverlauf stört.

Ob die durch das Ausräumungsverfahren erzielte Heilung eine dauernde ist, kann bei der specifischen Veranlassung nur eine Jahre lang fortgesetzte Beobachtung ergeben. Eine lange temporäre Heilung dagegen ist sichergestellt, und das ist für die bis dahin in ihren schweren Formen fast unzugänglich gewesene Nasensyphilis eine Errungenschaft, welche der deutschen Schule, die das Verfahren zuerst lehrte, hoch angerechnet werden muss.

B. Pathologisch-anatomische Studien über Nasensyphilis

von

Dr. M. Sänger.

Zweite Reihe[1]).

Die pathologische Histologie der Nasenkrankheiten ist ein von den Mikroskopikern so wenig cultivirtes Gebiet, dass in den verschiedenen Werken über Krankheiten der Nase und ihre angrenzenden Höhlen, des Ohres und Rachens, dann in den Lehrbüchern der speciellen pathologischen Anatomie, etwa vom Kapitel „Polypen" abgesehen, ein zu geringes Material niedergelegt ist, als dass es sich jetzt schon lohnte eine kritische Sichtung und Verwendung der betreffenden Literatur vorzunehmen. Die Schwierigkeit geeignete Untersuchungsobjecte zu bekommen sind bekannt: sie liegen zum grössten Theil in der ohne entsprechende Eröffnung des Gesichtsschädels gar nicht möglichen Zugänglichkeit der Nasen-, Kiefer- und Stirnhöhlen. Die Eröffnung muss ja so vor sich gehen, dass sie sowohl einen Einblick gestattet wie auch eine Wegnahme zur Untersuchung bestimmter Theile ohne Entstellung der Leichen. Neuerdings wurde von dem Otiatriker Schalle[2]) ein Verfahren angegeben, das mit beiden Felsenbeinen die Herausnahme des grössten Theiles der Nasenhöhle ermöglicht. Indess ist die Technik hiezu doch nicht mit der spielenden Leichtigkeit zu handhaben, die sich ihr Erfinder wohl erworben haben mag, vor Allem aber ist ihre stricte Durchführung — mit

---

[1]) Siehe diese Viertelj. 1877, 1. und 2. Heft.

[2]) Virch. Arch. Bd. 71, 2. „Eine neue Methode für die Section der Nasen-, Rachen- und Gehörorgane."



Ausbrechen von Oberkieferzähnen, Luxation des Unterkiefers, Lospräparation der ganzen Gesichts- und theilweise Halshaut! — in von Krankenhäusern abhängigen pathologischen Instituten dann nicht zu erreichen, wo Angehörige des fast seines ganzen Gesichtsschädels Beraubten die Spuren, welche „der Tod" im Antlitz des Verstorbenen hinterlassen habe, etwas sehr auffällig finden werden. Bei vollständig disponiblen Leichen kann man der Schalle'schen und jeder anderen Methode überhaupt entrathen.

Will man nur Nasenhöhle mit Nebenkammern durchforschen, so kommt man auf einfachere Weise zum Ziel. Man eröffnet die Sieb-, Stirn- und Keilbeinhöhlen, nach Abziehung der Dura mater, durch Aufmeisselung der sehr dünnen Knochen der vorderen Schädelgrube in der Ausdehnung eines Dreiecks, dessen Spitze von der Crista Galli gebildet wird, dessen Schenkel bis zur Mitte der grossen Keilbeinflügel reichen. Bereits jetzt sind die oberen Nasenmuscheln zum Theil freigelegt und man braucht nur von den Wandungen der basalen Höhlen beliebige Stücke loszubrechen, um sie fast vollständig zu überblicken. Um nun eine möglichst grosse Partie der Nasenhöhlen aus dem Gesichtsschädel herauszubekommen, verfährt man ganz nach der gewöhnlichen den Otiatrikern geläufigen Methode; nur empfiehlt es sich den breiten Meissel, nachdem er hinter der Crista Galli eingesetzt wurde, nicht senkrecht, sondern etwas schief nach vorne zu lenken, damit er ungefähr die Mitte des knöchernen Gaumendaches treffe. Auf diese Art erhält man ein weit grösseres Stück des Nasengrundes. Die Führung der Stichsäge erfolgt mit thunlichster Vermeidung der Orbitae gegen die Felsenbeine zu, die man nicht mit zu durchsägen nöthig hat, ein Durchschlagen des Wespenbeinkörpers mit dem Breitmeissel genügt dann, das völlig lockere Schädelstück zum Herausheben fertig zu stellen. Die darnach entstehende Lücke gestattet eine bequeme Betrachtung nicht nur der Highmor'schen Höhlen, sondern auch der vordersten, sitzen gebliebenen Reste des Nasengerüstes, von dem man noch ziemlich viel entfernen kann, ohne befürchten zu müssen die Configuration des Gesichtes zu stören. Ohne jede Mühe, ohne Einübung kann man auf solche Weise das ganze Naseninnere erschliessen.

Indess auch ohne Leichen kann der Anatom bestehen; man möge doch das durch endonasale Operationen gewonnene Material, anstatt



es wegzuwerfen, ihm histologisch bearbeiten lassen. Sind es auch nur Stücke, die man da meist erlangt, aus den makroskopischen Charakteren derselben, aus den Angaben des Operateurs, wo er sie abgetrennt, kann man sich sehr wohl ihren Situs reconstruiren. Höchstens bei Geschwülsten kann man der letzteren entrathen, kann man sogar, wie Fall VI zeigt, in die Lage kommen, den Operateur zu berichtigen, eine Controle, welche leider nur nachträglich möglich ist, in dem speciellen Falle übrigens für die ganz richtige und erfolgreiche Therapie gleichgiltig war. Noch immer hat es sich bei den Praktikern aber nicht eingebürgert, in geeigneten Fällen das Mikroskop um das zu befragen, was das Scalpell vollbringen soll und umgekehrt das Mikroskop bestätigen oder widerlegen zu lassen, was das Scalpell nach klinischer und grobanatomischer Diagnose Krankhaftes entfernt hat.

In diesem Sinne sollen auch die folgenden kurzen Beschreibungen von operativ entfernten kranken Nasentheilen aufgefasst werden, als das Ergebniss von Nachuntersuchungen, deren praktisches Resultat wohl genügend vertreten wird. Ich habe auch diesmal (vergl. diese Zeitschrift 1877, 1. und 2. Heft) das Untersuchungsmaterial Herrn Dr. Schuster zu verdanken, welcher ganz von den oben angedeuteten Anschauungen durchdrungen ist und verwerthe ich es, wie schon erwähnt, vorläufig nur in descriptiver Richtung.

Von den meisten Präparaten, die man aus Aachen zugesendet bekommt, ist fast vorauszusetzen, dass sie syphilitischen Charakters sind. Folgte man nun der Anschauung von Ch. Mauriac[1]), dass die syphilitischen Affectionen der Nase pathologisch-anatomisch sich in gar nichts von denen anderer Organe unterschieden, was bei aller Uebereinstimmung aber eben nicht der Fall ist, so begnügt man sich vielleicht mit Anamnese, Kranken- und Operationsgeschichte, ohne die Präparate weiter zu examiniren. Mit demselben Rechte, wie z. B. Rindfleisch behauptet, ganz die gleiche Geschwulst könne auch nur an ganz der gleichen Körperstelle zur Beobachtung kommen, kann man aber auch sagen, dass die Syphilis nur in demselben Organ sets dieselbe sei, ein Grund

[1]) Charles Mauriac: Ueber Syphilis der Nasen-Rachenhöhle. Gaz. de Paris 1876. 6, 9, 12, 17, 20.

die Organsyphiliden gesondert zu studiren. Dies sollte dann auch mit der Nasensyphilis geschehen. Ohne diese zu präsumiren, gebe ich nun die anatomische Beschreibung der mir von Herrn Dr. Schuster gütigst überwiesenen Präparate.

Fall I. Drei grössere Weichtheilstücke, worunter das längste 1·2 Ctm., ziemlich platt, von feinzottiger und gekerbter Oberfläche, stellenweise mit Blut bedeckt. Dazu 11 kleinere knollige Stückchen von Linsen- bis Erbsengrösse. Der Bau all' dieser Gebilde ist ein ziemlich übereinstimmender. Sie bestehen aus reinem Zellenwerk mit abwechselnd dichterer und weitläufiger Anhäufung von grosskernigen, granulativen Rundzellen nicht vom kleinsten Caliber innerhalb feinkörniger oder feinreticulirter Grundsubstanz. In den helleren, zellenärmeren Bezirken liegen zahlreiche hyperämische Capillaren neben einzelnen kleinen Arterien mit verdickten Wänden.

Nichts sonst erinnert mehr an die frühere Schleimhaut, namentlich ist von Drüsen nichts mehr zu sehen. Kaum dass hie und da ein niedriger Epithelstreif oder eine gerade die Grenze des Proliferates bezeichnende Linie die Oberfläche zu erkennen gestattet. Die dichteren Zellmassen sind ohne Gefässe, zerklüftet und trübe, so dass die Zellcontouren zu verschwimmen anfangen. An den grösseren Präparaten ist die rückgängige Metamorphose bis zur Lieferung wirklicher Käseherde vorgeschritten, die jedoch keineswegs central gelegen sind, sondern sich überall finden, wo die Zellmassen am dichtesten angehäuft sind.

Anatomische Diagnose: Exulcerirende und verkäsende Schleimhautsyphilome, ohne rein geschwulstartigen Charakter.

In welchen Umkreis von den prominirenden und verschwärenden Knoten die flach bleibende, jedenfalls hyperämisch geschwellte, succulente Schleimhaut diffus syphilitisch infiltrirt war, lässt sich schwer aussagen, doch ist zu supponiren, dass auch bei den syphilitischen, wie bei anderen Geschwülsten eine scheinbar ganz gesunde Nachbarschaft pathisch bereits mit belastet ist, umsomehr als bei Syphilis eine Dyscrasie ja zweifellos besteht und die Eruptionen derselben eben nur bedingt locale sind. Eine ganz scharfe Abgrenzung von Schleimhautsyphilomen gibt es nicht: immer geht die specifische Zellwucherung von einem Knoten aus wenigstens eine Strecke weit in die Umgebung hinein.



Fall II. Es liegen vor vier grössere compact-spongiöse Knochenstücke, von Weichtheilen gänzlich entblösst, zernagten Aussehens, der Form nach von den Muschelansätzen des Oberkiefers, den Muschelbögen selbst stammend; über ein Dutzend kleinere, dünnere und dickere Knochenstücke, theils nackt, theils von Blutungen, theils von mürben Weichtheilen unvollkommen eingehüllt. Nach der grossen Masse von ausserdem pêle-mêle durcheinander gemischten Weichtheiltrümmern, Blutgerinnseln, Knochenbröckeln muss ein beträchtlicher Theil des Innern der Nasenhöhlen ausgeräumt worden sein.

Es können nur einzelne grössere, besser erhaltene Stücke untersucht werden, denen übrigens die zurückgesetzten als ziemlich gleichartig entsprechen.

1. Zwei circa 1·5 Ctm. lange, 0·3—0·4 Ctm. breite, 0.5—1·5 Mm. dicke, etwas gebogene Weichtheilstücke.

Beide Präparate entstammen den drüsenreichsten Partien der Nasenschleimhaut. Epithel unvollständig, die fehlenden Zellen wohl nur abgestreift. Während das eine nur besteht aus sehr zahlreichen, traubenförmigen Drüsen von der üppigsten Entwicklung der Drüsenbeeren, die in einer weissen, nicht gerade zellarmen, feinfaserigen — myxomähnlichen Grundsubstanz liegen, lässt das andere, ehedem offenbar gleich beschaffen, bedeutende Veränderungen erkennen. Einer ungemein grossen Menge von Drüsenausführungsgängen, die sich durch ein weisses zellenreiches Schleimgewebe durchwinden, entsprechen nur spärliche und kleine Drüsenträubchen in der Tiefe. Dieselben sind in ein trübes, dichtes und gestrecktes Fasernetz mit zahlreichen, undeutlich vortretenden, ziemlich grossen Rundzellen eingebettet, welches das ganze tiefere (periosteale) Stratum des Schleimhautschnittes einnimmt. Nicht zu wenig kleine Arterien (und Venen) befinden sich innerhalb der Zone des Faserfilzes und ist nicht blos deren Adventitia, sondern auch die Intima als stark verdickt zu erkennen. Die Fasern gehen auch büschelförmig in das obere, lockere Lager der Drüsenausführungsgänge herein. Bei starker Vergrösserung bietet sich die obere Schicht dar als bestehend aus dicht liegenden, blassen Rundzellen ziemlich grossen Schlages neben spärlicheren Zellen von spindeliger und dreieckiger Gestalt, die insgesammt in einer feinkörnigen hie und da fein reticulirten Grundsubstanz stecken. Je weiter nach abwärts, desto mehr nehmen gestreckte Fasern daneben überhand, deren Zwischenräume mit denselben Zellen, sowie mit Kernen als

Zellresten gefüllt sind. An diese Schicht, welche sich durch eine sehr trübe, verwaschene Färbung auszeichnet, schliesst sich dann eine Lage von fibrillärem Bindegewebe, die an einen Bluterguss stösst. (Periosteale Lage der Schleimhaut.)

Statt der Drüsenacini sind fast nur noch dunkle „Klumpen" zu sehen, ohne weitere erkennbare Structur, oder sie fehlen vollständig, indem sie in das Zellfasernetz aufgegangen sind. Je weiter gegen die Ausführungsgänge hin, desto mehr treten dann die Drüsenzellen wieder vor, doch sind sie ebenfalls trüb gefärbt, aufgequollen, von ihrer Membrana propria theilweise abgequetscht.

Es liegt somit ein chronischer Endzündungs- und Infiltrationsprocess der Schleimhaut vor, hauptsächlich der Drüsenbeerenschicht mit successivem Vorrücken nach aufwärts gegen das Epithel, verbunden mit einer myxomatösen Entartung der neu gebildeten Fasern und Zellen, sowie mit Atrophie der Drüsen (zellig-fibro-myxomatöse Degeneration der Schleimhaut mit Drüsenatrophie).

Das Vorkommen dieser Affectionen bei einem zweifellos luetischen Individuum reiht dieselben specifischen Processen an nicht, sofern man in der myxomatösen Degeneration eines faserig-zelligen Substrates des Analogon der gummösen Verflüssigung eines rein zelligen Proliferates zu erkennen hätte, sondern sofern zu einer höchstwahrscheinlich schon bestehenden einfach chronischen Rhinitis eine syphilitische Infiltration hinzu kam, mit syphilitischer Endo- und Periarteriitis (Phlebitis), welche ihrerseits wieder vielleicht zur myxomatösen Entartung Anlass gab.

Die Veränderungen an den kleinen Arterien (und Venen) einzelner Präparate erscheinen jedenfalls sehr bedeutungsvoll, indem sie eine der Heubner'schen Hirnarterienerkrankung ganz analoge Alteration, Verdickung der Adventitia, Wucherung der Intima bis zur völligen Obliteration der Lumina darbieten. In der Nachbarschaft solcher Gefässe pflegt nie deutlich reticulirtes Gewebe mit Rundzellen zu fehlen, aber wiederum auch nicht die trübe, myxomatöse Degeneration. Jedenfalls ist die Zuschwellung der Arterienlumina, die Umschnürung der Venen von Circulationsstörungen begleitet, als deren Folge man sich die myxomatöse Entartung unschwer vorstellen kann.

2. Wirres, wie gekräuseltes, dünnes und kurzes Weichtheilstück in eine kaum erbsengrosse, gefältelte Cyste auslaufend. Das mit der Cyste endigende Schleimhautstück entstammt wegen seiner Dünnheit und des spärlichen Gehaltes an Schleimdrüsen wohl einer der Nasennebenhöhlen. Dasselbe ist, wie auch die Innenfläche der Cyste, mit einer continuirlichen Lage cylindrischen Epithels ausgekleidet, welches einem zellarmen, hellen, echt myxomatösen Gewebe zur Deckung dient. Diejenige Aussenwand der Cyste, welche sich als Fortsetzung der welligen Schleimhaut ergibt, stützt sich auf ein dünnes Knochenplättchen mit glatten Rändern. Ihre Innenwände sind nicht eben, sondern mit zapfen- und pilzartigen Erhebungen ausgestattet, welche aus ganz dem gleichen Gewebe bestehen, wie in der zuführenden Schleimhaut, und das dem Gewebe, wie es sich bei den gemeinen Schleimpolypen der Nase findet, vollkommen gleich ist. Die dünnste Stelle der Cystenwand misst etwa $^1/_{10}$ Mm.

Da die Wände der Cyste gar keine Drüsen, die zuführende Schleimhaut aber wenigstens einige aufweist, so kann jene nicht durch Faltung und Verwachsung der letzteren entstanden sein, sondern sie muss, trotz der inneren Vorsprünge, eine Retentionscyste vorstellen. Diese Bildung spricht, da ihr nicht wohl specifischer Charakter beigemessen werden kann, wiederum sehr dafür, dass vor der syphilitischen Invasion chronische Rhinitis bestanden habe, die nun in ihren Gewebsveränderungen sich noch besonders abhebt.

3. Längeres vom Knochen abgestreiftes Weichtheilstück mit verdicktem und verbreitertem Ende, an welchem die Oberfläche von hökkeriger Beschaffenheit ist. Die Dicke der letzteren beträgt 0·6 Ctm., ist also doppelt so stark als eine normale Schleimhaut an ihren entwickeltesten Partien [1]). Man hat ein von sehr zahlreichen, üppigen Schleimdrüsen durchsetztes, myxomatöses Gewebe vor sich mit vielen wegen ihrer Blässe anscheinend kernlosen Zellen von runder Gestalt neben birnförmigen, ovalen, saftigen Zellen von der Grösse der Granulationszellen verschiedener Entwicklungsstadien. Am massigsten sind jene angehäuft unter der papillär erhobenen Oberfläche.

[1]) Nach Luschka (Anat. Bd. 3 b) schwankt die Dicke der normalen Nasenschleimhaut zwischen $1^1/_2$ und 3 Mm. Die Membrana pituitaria der Nebenhöhlen ist nur $^1/_2$ Mm. dick.



Es handelt sich demgemäss um eine hypertrophirende, myxomatös degenerirende Schleimhaut, vielleicht mit Ansatz zu Polypenbildung.

Ein weiteres Weichtheilstück war durch seine eigenthümliche, dem Neurogliagewebe ähnliche, äusserst fein granulirte oder reticulirte Grundsubstanz (Mucinkörnchen?) bemerkenswerth. In diese waren ganz blasse Rundzellen mit mehreren schärfer vortretenden Kernkörperchen eingebettet, über welche spärliche, dunkel gefärbte kleinere Zellen wie hingestreut lagen. Das Reticulum, die Dichtheit des Zelllagers (zwischen zahlreichen atrophirenden Drüsen), die Abwesenheit von Fasern bei Kleinheit der nicht gequollenen Zellen nöthigt zur Annahme einer Umwandlung der Schleimhaut in Syphiliszellgewebe, welches bei der einmal vorhandenen Disposition zur schleimigen Metamorphose alsbald ebenfalls dieser verfiel.

Auch dieses Präparat zeigt somit abermals das eigenthümlich Accidentelle der Syphilis zu einer abnorm feuchten, myxomatös gelockerten Schleimhaut, von deren Beschaffenheit wiederum das weitere Schicksal des syphilitischen Infiltrates abhängt. Warum sollten auch syphilitische Granulationszellen nicht dieselbe Umwandlung im Schleimgewebe durchmachen können, wie z. B. die nicht specifischen eines Nasenschleimpolypen?! Sollen doch beide Produkte einer und derselben Zellgattung, der „fixen Bindegewebskörperchen“ sein!

Knochenhaltige Stücke.

4. Mehrere, Quadratcentimeter grosse, geradlinige, flache Knochenplättchen, auf der einen Seite lose von Weichtheilen bedeckt.

Die von Weichtheilen entblösste Knochenfläche ist (— die Schilderung versteht sich für eine Vergrösserung von 90 H.) — fast platt, nur wenige, dünne, spongiöse Bälkchen stehen vor. Auf der entgegengesetzten Seite von der eine Art Basis bildenden, mit mehreren Zellinseln versehenen, sonst compacten Knochenplatte gehen zunächst dünne Spangen ab, welche annähernd rechteckige, communicirende, dicht zellig infiltrirte Räume umgrenzen. Nach oben gegen die ausschliesslichen Weichtheile hin nehmen alsdann die zelligen Gewebsmassen so zu, dass nun in ihnen bloss kleine, isolirte Knochenstückchen inselförmig eingestreut sind. Unmittelbar unter den Weichtheilen nähern sich die an Dicke zunehmenden Bälkchen einander wieder und



bilden ein Spongiennetzwerk, welches gleichsam eintaucht in ein Gewebe, ganz ähnlich dem der atrophirenden Drüsenschicht von Nr. 1.

Die stärkste Anhäufung von zelligem Gewebe, offenbar an Stelle von Knochengewebe, findet also inmitten der Spongien des sich nach einer Seite konisch zuspitzenden Knochenstückes statt, und hier ist es auch, wo die theils freiliegenden, theils mit dem Basalstück zusammenhängenden Bälkchen die meisten bogenförmigen Resorptionsränder darbieten. Dieser Umstand, sowie der weitere, dass in dem compacteren Basalstück selbst sich vielfach Inseln von Zellgewebe finden, lassen annehmen, dass der Process hier auch am ältesten sei. Sonst könnte man nicht erklären, wie das unter der bedeutend afficirten Schleimhaut sitzende Netzwerk von Knochenspongien relativ viel weniger in Zellgewebe aufgegangen ist. Und doch weist wieder deren zackenartiges Ausstrahlen in die faserig-zellige, myxomatös degenerirende Schleimhaut (von einem besonderen, wenn auch kranken Periost ist Nichts wahrnehmbar) darauf hin, dass diese Knochentheile auch von der Schleimhaut her durch Fortsetzung der in ihr wirkenden Processe angegriffen wurden. Die Zellinseln inmitten des Knochens entstanden dann auf die Weise, dass die Schleimhauterkrankung vorwiegend in einer Richtung in den Knochen eindrang. Bei Querschnitten desselben mussten dann jene grösseren Zollcomplexe scheinbar central zu liegen kommen.

Die stärkere Vergrösserung enthüllt die feineren Verhältnisse dieses eigenthümlichen Knochenschwundes weiterhin, indem sie demonstrirt, wie das an die Stelle der eingeschmolzenen Spongien getretene Gewebe besteht aus trüben, dicht gelagerten Rund- und Spindelzellen mit wenigen Capillaren. Ein Saum von dunklen, deutlicher contourirten Rundzellen hat sich öfters an den Knochenresten festgesaugt und verdeckt so das weitere Schicksal der an den Resorptionsrändern frei werdenden Knochenzellen, die wahrscheinlich mit verschleimen. Mikroskopisch entsprechend kleine Stücke abgesprengten Knochens liegen vielfach nahe den Bälkchen, denen sie zugehört haben mussten, und sehen fast aus wie trübe Riesenzellen. Die von oben, von der Schleimhaut her auf den Knochen übergreifenden Processe sind ebenfalls granulative mit rascher schleimiger Degeneration des specifischen Zellproliferates.

Die anatomische Diagnose wird somit zu lauten haben: Knochenschwund durch schleimig degenerirendes Granulationsge-



webe i. e. „schleimige Caries“, secundär nach diffuser syphilitischer Infiltration der chronisch entzündeten Schleimhaut.

5. Zwei über 1 Ctm. breite und lange, keilförmig sich verjüngende nackte, ziemlich platte Knochenstücke — stellen bei ihrer Kahlheit und Trockenheit, ihrem durchlöcherten und ausgefressenem Ansehen grosse Sequester mit cariöser Oberfläche dar, welche losgebrochen wurden, nachdem die schleimige Degeneration der syphilitischen Granulationen fast bis zur völligen Verflüssigung vorgeschritten sein musste und die Reste der Schleimhaut vielleicht nur einen weichen, losen Ueberzug bildeten.

Kann auch an der syphilitischen Natur der meisten von den hier geschilderten Affectionen dieses schwierigen und darum ausführlicher beschriebenen Falles kein Zweifel sein, so kann es doch auch wieder nicht wohl bestritten werden, dass einzelne der Präparate Befunde ergaben, wie sie auch im Verlaufe einfacher chronischer Rhiniten als diffuse Hypertrophie, schleimige Degeneration der Mucosa, Cystenbildung beobachtet werden. Bedenkt man, dass oft bei den ausgedehntesten syphilitischen Infiltraten und Knochenverschwärungen eigentlich gallertig-schleimige, oder verkäsende überhaupt eben „gummöse Metamorphose“ fehlt, so wird man zu der Annahme gedrängt, dass die syphilitische Infiltration mitunter schon ein schleimiges Gewebe vorfindet, und so rascher, ergiebiger einer gleichen Metamorphose verfällt, dass eine vor der syphilitischen Invasion bestehende myxomatöse Entartung mit dieser noch angefacht wird und das specifische Proliferat schneller und in anderer Weise auflöst als sonst.

Demnach hätte man eine vielleicht nur geröthete, wie ödematös gequollen aussehende Schleimhaut, rings um syphilitische Erhabenheiten oder Verschwärungen sehr zu fürchten und wäre ihre ergiebige Entfernung auch dann gerechtfertigt, wenn sie noch nicht mit ergriffen ist, wie dies mit manchen Stücken des mit so vorzüglichem Resultat verlaufenen Falles Clh., sich ergeben hat.

Fall III. Stl.

1. Kugelbohnengrosses Weichtheilstück von unregelmässig drüsighöckeriger Oberfläche, in der Mitte ein dünnes vorstehendes Knochenbälkchen bergend (unterstes Bogenstück einer Nasenmuschel ?).

Das Präparat ist dadurch von grossem Interesse, weil es u. A. den höchsten Grad der Umwandlung von Knochen in zellig-faseriges

Granulationsgewebe darstellt. Von Epithel ist Nichts mehr vorhanden, dagegen ist an der Oberfläche meist noch ein glatter Saum erhalten, wo das Epithellager aufgesessen haben muss (Membrana basalis). Jedoch gibt es auch Stellen, wo dicht zusammengeballte, trübe Rundzellhaufen eine ulceröse Fläche repräsentiren, welche kurze Risse und Spalten in die Tiefe schickt.

Die Hauptmasse des Präparates wird gebildet von Granulationsgewebe in allen Stadien der Entwicklung und von sehr abwechselnder Vertheilung. Haufen von Rundzellen werden gewöhnlich umschlossen von reinen Spindelzellzügen, diese wieder gekreuzt von solchen, die schon in Umwandlung zu Bindegewebe begriffen sind. In den peripheren Theilen der Schnitte herrscht das zellige, in den inneren das faserige Gewebe vor und kann man hier mit grosser Prägnanz an Büscheln von jungem Fasergewebe im Uebergang von der Spindelzellstufe die extracelluläre „Prägung“ der Grundsubstanz in kurze Fibrillen beobachten. Dazwischen befinden sich überall reichliche gestreckte längs getroffene Capillaren, ausgezeichnet durch grosse Endothelien, welche wieder umgeben sind von mehreren Lagen saftiger Zellspindeln, ein Beweis von der lebhaften Betheiligung der Capillaradventitia an den Zellbildungsvorgängen. Ausser diesen Capillaren mit engem Lumen, welche mehr die Peripherie einnehmen, geben grosse, ovale, runde oder vieleckige Capillarlumina, eingefasst von sich durchflechtenden Spindelzellzügen, dem Centrum ein cavernöses Ansehen. Gerade in Nähe dieser gewebslückenartigen Capillarlumina finden sich schmächtige Restchen von Knochensubstanz in Y-Form angeordnet, von Spindelzell- und Faserzügen mehrfach durchbrochen, im Flechtwerk dieses letzteren rings eingeschlossen. Die Dicke dieser Knochenbälkchen ist geringer als der Durchmesser selbst der kleinsten jener weiten Capillarräume. Eine Lacune reiht sich an die andere, meist von solcher Tiefe, solchem Umfange, dass die Bögen, welche je zwei feinste, vorstehende Knochenzinken verbinden, über ein halbes Kreissegment ausmachen. Die Zellen und Fasern der Granulationen gehen dicht bis zu den Knochenbälkchen heran, in deren Lacunen sie sich mit grossen Osteoclasten vereinen, die in bedeutender Zahl angehäuft sind.

In welcher Ausdehnung hier Knochengewebe durch Fasergewebe ersetzt wurde, ist nicht absolut genau zu bestimmen, doch scheint, nach der ähnlichen Beschaffenheit des Gewebes um die Knochenreste herum mit dem im Bereich der cavernösen Ca-



pillaren sich durcheinanderflechtenden zu schliessen, die Grenze des ehemaligen Knochengebietes eben durch die des cavernösen Gewebes bezeichnet zu werden.

Man kann in diesem Verhalten sehr wohl eine Bestätigung der von Rindfleisch (Gewebelehre S. 115) vertretenen Anschauungen sehen, dass jedes Blut-Bindegewebe, also auch das Knochengewebe eine „cavernöse Metamorphose" durchmachen könne.

Diagnose: „Trockene" syphilitische Caries interna, bedingt durch desmoid-cavernöse Metamorphose des Knochengewebes, bei organisirender syphilitischer Entzündung einer theilweise oberflächlich ulcerirenden Schleimhautdecke.

2. Etwas kleinere, warzige Stücke als unvollständige Hüllen in winkeliger Stellung vorragender Knochenplättchen (Siebbein) — weisen dieselbe Knochenaffection in schwächerem Grade auf. Die spongiöse Substanz der central gelegenen Knöchelchen bildet noch geschlossene Maschen; doch sind die von exquisit kleinzelligem Granulationsgewebe erfüllten Markräume schon erweitert und die am weitesten nach aussen gelegenen Spangen sind schon von der Hauptmasse abgesprengt, stark verschmächtigt, in Zellgewebe eingeschlossen, das sich in kurze Fasern umwandeln will. Die Schleimhaut ist hier weit zellenreicher und tiefe Geschwürsspalten lassen sie manchmal fast in Segmente zerfallen. Neben solchen Stellen, wo das Granulationsgewebe zerfällt, verfettet, kommen aber auch solche vor, wo es sich entschieden organisirt. Aber doch scheint auch das Organisirte keinen Bestand zu haben, indem man es ebenfalls in regressive Metamorphose übergehen sieht.

3. Lange Fetzen stark verdickter, meist derber, von anhaftenden Knochenscherben theilweise abgehobener Schleimhaut.

Sie stellen sich dar theils als myxomatöse Schleimhaut ohne Infiltrat, nur mit sehr schönen, Hämatoidinkörnchen-haltigen Zellen, bei wohlerhaltenem Epithel, theils als Schleimhaut mit verschieden reichlichem kleinzelligen Infiltrat der gewöhnlichen Art. Drüsen sind da nur noch in Resten übrig. Der Schmalheit einzelner Stücke mit zerfressener Geschwürsoberfläche nach zu schliessen, scheint der Verschwärungsprocess schon lange zu dauern und tief gegriffen zu haben.

Andere Präparate haben noch Epithelreste, obwohl das Infiltrat Zelle an Zelle steht und sogar schon beginnende schleimig-fettige Degeneration wahrzunehmen ist.



Einen ganz aparten Befund ergeben einzelne Drüsenacini, indem sie in regelmässigen, polygonalen Maschen, welche helle Lücken einschliessen, ein eigenthümliches Netzwerk darbieten, gebildet von dunklen, feinen, stellenweise sich verbreiternden Fädchen, deren Knotenpunkte zuweilen kleine Kerne tragen. Die Fädchen umspinnen offenbar die Drüsenbeeren, von denen nur noch Reste der pyramidalen Drüsenzellen in den hellen Lücken lagern. Die Regelmässigkeit des Maschenwerks bewirkt, dass man den optischen Eindruck von polyedrischen Facetten bekommt. Gewöhnlich zeigt eine Anzahl von Acinis nebeneinander das Netz, was sich schon bei schwacher Vergrösserung durch Helligkeit, Leerheit in Folge Aussfallens der meisten Drüsenzellen kundgibt. Solche Acini, welche ihre Zellen ganz oder zum grössten Theil, wenn auch schon trübe und ineinander fliessend, noch besitzen, lassen die Netze noch nicht erkennen. Intercellulare Kittsubstanzen können die letzteren nicht wohl sein, da sie doch vor den Zellen aufgelöst würden und ihre Anordnung, sowie die plattenartigen Verbreiterungen nicht dafür stimmen. War aber doch die Zellenauflösung das Erste, so musste man sich denken die stehen gebliebenen Kittsubstanzen schimmerten durch die gleichfalls erhaltene Membrana propria durch. Ich entscheide mich dahin, dass in dem Netzwerk, (dessen Maschen sich auch vielfach öffnen) „Körbchenzellen", Stützzellen (Boll, W. Krause) vorliegen, welche der Membrana propria der Acini aufkleben, während die Drüsenzellen sich in Schleim umwandelten, macerirt und dann nicht wieder ersetzt wurden. Der Umstand, dass die Acini trotz des Fehlens der Drüsenzellen noch nicht zusammensinken, muss dafür sprechen, dass sie in der That eine Membr. pr. besitzen, auf deren Aussenfläche die Stützzellen ihr Flechtwerk bilden. Die Acini müssen demnach mit einer Flüssigkeit prall erfüllt sein, deren Abfluss erst, nach Platzen der Membr. pr., den Collaps der Acini herbeiführen kann. Der Widerstand gerade der Stützzellen wird auch erklärt durch ihre grosse Resistenz gegen Alkalien und Säuren (W. Krause) und wohl auch gegen die Präparationsflüssigkeiten. Diese höchst eigenthümlichen Befunde geben nicht nur Aufklärung über den normalen Bau der acinösen Drüsen in der Nasenschleimhaut, indem sie zeigen, dass auch diese und nicht ausschliesslich grosslappige Schleimdrüsen (Speicheldrüsen) ein Reticulum von



die Membr. pr. umhüllenden Sternzellen aufweisen, die Befunde werfen auch Streiflichter auf die bislang räthselhafte Art, wie Schleimdrüsen unter Einwirkung von Entzündungen und Degenerationen zu Grunde gehen.

Da ein solches Verhalten, noch nirgend beschrieben worden, musste ich länger dabei verweilen. Ob dasselbe etwa nur der Syphilis zukomme, wage ich nicht zu entscheiden.

Sonst handelte es sich um diffuse syphilitische Infiltrations- und Ulcerationsprocesse der Schleimhaut von dem gewöhnlichen Schlag, doch von der Art, dass sich wieder bestätigt, wie die Infiltrate der Schleimhaut ins Breite zu gehen lieben, wenigstens ist es mir noch nicht gelungen Präparate zu finden, wo schroff condylomatöse oder papilläre Erhebungen bestanden hätten.

4. Dutzende von kleineren und grösseren knollenartigen oder membranösen z. Th. auch cystösen Weichtheilstückchen mit und ohne Knochenkern. Sämmtliche Knochen übrigens papierdünn, somit der Regio olfactoria, der Siebbeingegend angehörig, glatt, nicht zernagt.

Von den Untersuchungsresultaten will ich nur zwei hervorheben.

Einmal war ein von trockener Caries befallenes Knochenplättchen mit seiner Umhüllung von Spindelzell-Fasergewebe von der stark infiltrirten Schleimhautoberfläche durch einen weit schwächer infiltrirten Streifen von Schleimhautgewebe getrennt, der fast intacte Drüsen einschloss. Hier lag wieder selbstständige Knochenerkrankung unabhängig von Schleimhauterkrankung vor.

Des anderen war auch wieder hochgradige Endo- und Periarteriitis (Phlebitis) zu beobachten und zeichneten sich die betreffenden Präparate auch durch vorgeschrittene Schleimmetamorphose aus, mit cystenartiger Erweiterung vieler Drüsenausführungsgänge, ja Ektasie von Drüsenacinis selbst, die auch wieder von macerirten Stützzellen überkleidet waren.

Ergreift stärkere syphilitische Gefässerkrankung einen ganzen noch dazu dicht infiltrirten Gewebsbezirk, so ist auch leicht zu verstehen, wie dieser alsbald der Auflösung verfallen muss, deren Zeichen sich stets vorfinden, wo auch die Gefässe so bedeutende Verengung und Umschnürung erleiden.



Fall IV. Frau Han.

I. Operation. 1. Grosses Gewebsstück mit seinen fetzigen Anhängseln fast 2 Ctm. lang, die Hauptmasse von platter Bohnenform und feinporiger Oberfläche mit einem vorderen abgerundeten, einem hinteren dislacerirten Ende, an dem noch zwei kleine dünne Knochenplättchen hängen.

Die ersten Schnitte fördern nur Schleimhaut, in grössere Tiefe gekommen tritt ein dünner Knochenkern zu Tage.

Das Epithel ist fast vollständig erhalten und bildet zahlreiche seichte Buchten. Die Schleimhaut birgt eine ungemein grosse Menge von Drüsen, an denen sich zwei verschiedene Arten Abweichungen vom Normalen wahrnehmen lassen. Mehr in der periostalen Schicht der Schleimhaut sitzen kleine, verwaschen aussehende Acini wie auseinander gesprengt von einem trüben, etwas faserigen Grundgewebe, das bei schwacher Vergrösserung keinen zelligen Charakter zu erkennen gestattet. Die Acini, deren übrigens in diesem Zustande wenige sind, machen den Eindruck, als ob sie durch ein aufgequollenes Gewebe auseinandergedrängt, umschnürt und zur Atrophirung getrieben würden.

Ihnen gegenüber frappiren andere Drüsen einmal durch besondere Grösse der runden Acini, dann dadurch, dass diese ein wabenartiges Aussehen haben wegen Verlustes des grössten Theiles ihrer Drüsenzellen, deren Fehlen ganze Drüsengruppen gleichsam wie kleinste Cystome erscheinen lassen. Man kann sich beim Anblick dieser offenbar mit Flüssigkeit erfüllt gewesenen zellenlosen Drüsenbeeren auch fragen, ob man nicht etwa cavernöses Gewebe — Capillarsinus — vor sich habe, umsomehr als zwischen den Drüsen und dem subepithelialen, hellen, lockig-faserigen, wie myxomatösen Lager sich viele und weite Gefässe mit ziemlich dicken Wänden und zellig-wuchernder Intima vorfinden.

Bei starker Vergrösserung bieten indess jene Drüsenwaben wiederum das früher beschriebene, zierlich polygonale Faserwerk dar, welches dort als stehen gebliebenes Stützzellgeflecht aufgefasst wurde, und es handelt sich wohl um einen höheren Grad, ein späteres Stadium dieses eigenartigen Drüsenschwundes, indem nicht nur ganze Drüsen ihm gleichzeitig verfielen, sondern auch eine cystöse Erweiterung der fast leeren Drüsenbälge eintrat, von denen einzelne deutlich mit einander zusammenfliessen.



Indess sind auch „Drüsenwaben" vorhanden, denen das Netzwerk abgeht. Von der Drüsenstructur haben diese eigentlich nur die Membranae propriae gerettet. Die Acini sind dann so durchschnitten wie etwa Lungenalveolen: man sieht unterhalb befindliches Gewebe, so als ob es im Acinus selbst läge. Das Bild der Veränderungen noch zu vervollständigen, so ist hier auch das interacinöse Gewebe ziemlich vermehrt, was den Acinis selbst eine scheinbar dickere Wandung verleiht. Die Beschaffenheit der Schleimhaut anlangend, so besteht sie aus einer myxomatösen Grundsubstanz mit eingelagerten Rund- und Spindelzellen der gewöhnlichen Gattung, welche vom Epithel gegen den Knochen hin an Masse, Dichtheit und Trübheit zunehmen. Die Hauptmasse des letzteren besteht aus mehreren Lagen noch geschlossener Spongien, von denen einzelne durch cariöse Processe eröffnete und abgetrennte Bälkchen abgehen. Während diese von zahlreichen tiefen Lacunen (mit Riesenzellen) zernagt sind und in einem trüben, faserig-zelligen Gewebe stecken, zeigt sich die Hauptmasse weniger der Usur ausgesetzt, indem sich nur nach aussen gegen die abgesprengten Bälkchen hin seichte, muldenförmige Resorptionsflächen vorfinden, während die Markräume vollständig glatt begrenzt sind.

Diagnose: Syphilitische Infiltration vorzugsweise der tieferen Schichten einer schwach myxomatösen Schleimhaut unter besonderer Alteration der acinösen Drüsen, mit Fortsetzung der granulativen Wucherungsprocesse auf den Knochen (Caries interna syphilitica).

2. Einige äusserst dünne Knochenlamellen, eingefilzt in incohärente weiche Schleimhaut. Das wiederum myxomatöse Gewebe der letzteren enthält ungemein reichliches, körniges Hämatoidin und zwar nur in dadurch sehr vergrösserte Zellen eingeschlossen, so dass entweder noch ein schmaler Protoplasmakörper sichtbar ist, oder das Hämatoidin die ganze Zelle auszumachen scheint. Es müssen demnach in der mit sehr feinen Capillaren ausgestatteten Schleimhaut einst kleine Blutungen stattgefunden haben.

Wichtiger sind die Knochenbefunde dieses Falles. Die dünnen Knochenlamellen sind nämlich theils im Zustande einer Molecularcaries mit Ersatz des untergehenden Knochens durch ein echtes Schleimgewebe mit reichlichen, auch sternförmigen Zellen, theils in dem einer Knochenneubildung, vermittelt durch Reihen von Osteoblasten, die aus aus den Spindelzellen hervorgehen. Die spongiösen Bälkchen, an welche

sich jene anlegen, haben so weite Knochenkörperchenhöhlen, dass sie das Aussehen fast eines zellenreichen Knorpels bekommen. Die Bälkchen, welche nur eine blasse Hämatoxilinfärbung annehmen, stehen entweder im Zusammenhange mit einer dunklen, compacteren basalen Knochenleiste oder sie liegen, mehrere Bogen über einander bildend, abseits dieser halbelleptisch angeordnet in dem hellen Schleimgewebe. Während nun in der knöchernen Grundleiste, die eine Anzahl kleiner Schleimgewebsinseln einschliesst, die Knochenhöhlen spärlich und eng sind, werden sie in den von der Leiste abgehenden Zacken, in den ganz freien Spangen immer weiter. Die Knochenhöhlen, immer ausgefüllt von einem grossen, protoplasmareichen, rundlichen Osteoblast, blähen sich förmlich auf, die kalkige Zwischensubstanz wird immer schmäler, hie und da ist sie durchbrochen, so dass zwei Osteoblasten wie durch Theilung entstanden neben einander liegen. An der Grenze des Schleimgewebes öffnen sich dann die Ringe der Zwischensubstanz und bilden äusserst feine und blasse Arcaden, auf deren Grund die Osteoblasten sitzen, welche, aus den blassen, doch saftigen Spindeln des Schleimgewebes hervorgegangen, eben zur Einschliessung kommen sollen.

Während also an einzelnen Stellen der knöchernen Grundleiste resorbirende Processe nachzuweisen waren, bestehen hier offenbar osteoplastische Vorgänge mit Lieferung freilich eines nur unvollkommenen Knochengewebes, was sich jedenfalls daraus erklären lässt, dass die Kalksalze, welche in so dünner Lage die aufgequollenen Osteoblasten umgeben, in eine weiche, myxomatöse Grundsubstanz eingelagert wurden. Dass so unsolid angelegtes Knochen- oder vielmehr nur Osteoidgewebe leicht wieder einer Resorption verfallen könne, beweisen Stellen, wo an gewissen Bälkchen lacunenartige Mulden zu erkennen waren.

Man findet auch lange, gerade Knochenstifte in einem Mantel von dichterem, spindeligem Granulationsgewebe stecken mit mehr minder deutlicher durch Osteoblastenreihen und helle Kalksalzringe charakterisirter Ossification — jedenfalls auch hier von nicht langem Bestande, keiner wesentlichen Solidität.

Da man in den Präparaten immer etwas Stabiles vor sich hat, so lässt sich auch über die Genese der gewissermassen im mikroskopischen Bilde erstarrten Processe nicht immer absolut Sicheres aussagen, ob sie der progressiven, anbildenden oder regressiven, zerstören-



den Reihe angehören, oder ob beides nebeneinander bestehe, wie doch wohl hier. Gerade das Nebeneinander osteorareficirender und osteoplastischer Processe gilt aber als charakteristisch für die syphilitische Erkrankung der Knochentextur, und es ist darum bemerkenswerth, dass dieses Nebeneinander noch an den feinsten Knöchelchen des Siebbeins beobachtet wird: die wirren Maschen von blasser, durch die grossen Knochenhöhlen netzartiger, osteoider Spongiensubstanz, welche man hier um die compacteren, mit sternförmigen Knochenkörperchen versehenen Knochenplättchen vorfindet, haben demnach die Bedeutung von winzigen Osteophyten, die ganze Affection ist eine Tophusbildung.

Fall V. Str. (Fall XV der ersten Reihe.)

Drei Präparate, das grösste 1·2 Ctm. lang, 0·6 Ctm. breit, von etwas conischer Gestalt, aus Weichtheilen bestehend, in denen eine an der breiten Basis vorragende, zusammengebogene Knochen-Lamelle steckt.

Eine Epitheldecke fehlt vollständig. Die Schleimhaut auf beiden Seiten des ein kleines Dreieck mit gebogenen Schenkeln und lang ausgezogener Spitze bildenden strichförmig-dünnen Kernes von Knochengewebe besteht an ihrer geschwürigen, feinrissigen Oberfläche aus dicht zusammenliegenden, kleinen, blassen Rundzellen. Weiter nach abwärts gegen den Knochen mischen sich auch Spindelzellen bei und liegen regellos, ohne erkennbare Ausführungsgänge, vereinzelte, auseinandergedrängte Drüsenacini in dem reinen, trotz seiner gleichmässigen Dichtheit weite, nur von Zellen begrenzte, sinuöse Capillarlumina aufweisenden Infiltrat. Auch einige durch Intimawucherung nahezu vollständig obliterirte kleine Arterien sind vorhanden. In der Nähe des Knochendreieckes, auf der Seite von dessen verlängertem Schenkel, doch getrennt durch eine doppelt so breite Zone als dieser selbst, zieht eine ihm parallele, schmale, spindelzellig-faserige Lage hin — das ehemalige Periost!

Zwischen ihm und der compacten, nur kleinere und grössere Inseln von hellem, myxomartigen Gewebe umschliessenden Knochenlamelle findet sich das denkbar schönste ossificirende Granulations-Gewebe. Die Hauptmasse des Knochens selbst ist dunkel gefärbt, nur die Randzone ist heller und weist von innen nach aussen immer grösser werdende Knochenhöhlen auf.

Theils mit der Grundlamelle, welche selbst immer blasser werdende Zapfen in das spindelig faserige Gewebe hineinsendet, zusammen-



hängend, theils isolirt, sieht man bizarr geformte, kleinste, wiederum faserknorpelähnliche Anlagen von spongiöser Substanz. Die massenhaften, grossen Osteoblasten haben, wo sie innerhalb des mit Kalksalz imprägnirten Netzwerkes der Spongien-Anlage sitzen, runde oder halbkugelige, da, wo sie in fast ununterbrochener Reihe frei von den Verkalkungsgrenzen lagern, haben sie die allermannigfaltigste Gestalt und im Verhältniss zu einem kleinen Kerne einen ungeheuren und leicht braun pigmentirten Protoplasmaleib. Man sieht sie in allen Uebergängen, von der schmalen, spindelförmigen, bis zur grossen, kugeligen Zelle. Sie kleben aber nicht blos, eine neben der andern, an den knöchernen Hauptlamellen, den schon verkalkten, neuentstandenen Bälkchen, sondern sie befinden sich auch gruppenweise mitten in dem vorwiegend spindeligen Granulationsgewebe, von dessen heller, (etwas myxomatöser) Grundsubstanz sie sich scharf abheben.

Im Bereiche dieser üppigen Osteoblastentwicklung und Verkalkung findet sich nirgends Rarefaction des Knochens, wohl aber ist solche vorhanden an den aus der Schleimhaut vorstehenden Knochenpartikeln, sowie im Innern des Dreieckes, welches der schleimhautbedeckte Knochen darstellt.

Ist die Deutung des über dem knochenbildenden Gewebe hinziehenden zellig-fibrillären Streifens als Periost richtig, so wäre die Ossification als secundäre aufzufassen, als solche, die in demselben Granulationsgewebe auftrat, welches vorher den Knochen zerstörte.

Hierin könnte man immerhin eine relative Heilung, oder eine Tendenz zur Heilung erblicken, wenn nicht die cariösen Processe an anderen Stellen der Knochencontinuität von dieser sanguinischen Deutung abwarnten. Wie es kommt, dass eine Granulationszelle erst den Knochen auflöst, um dann selbst in Knochen eingeschlossen, selbst Knochen bildend thätig zu sein, ist gänzlich unbekannt. Ebenso, warum das eine Mal Granulationszellen regressiv zu Grunde gehen, das andere Mal in veränderter Form und Function als Knochenzellen weiter leben.

Wäre hier nicht die Zahl der Osteoblasten weit grösser gewesen, als in einem dem Bezirke, wo sie angehäuft waren, gleich grossen Stück Knochen enthalten sein könnte, so würde man fast versucht sein, anzunehmen, die in allen Uebergängen von grossen Kugeln zu schmalen Spindeln vorhandenen Zellen seien freige-



wordene Knochenzellen, die sich in Granulationszellen umwandeln, es sei ein Auflösungsprocess zugegen, der ohne Eiterung, ohne Gefässsprossenbildung von Knochenhöhle zu Knochenhöhle kriechend, losgesprengte Stücke in dem Granulationsgewebe zurücklassend, den Knochen immer mehr auswüsche, so dass das Periost mit einem Male weitab als zellig infiltrirter Faserstreif zu erkennen war.

Indess selbst derjenige, welcher voller Anhänger der Lehre ist, dass die aus den Knochenhöhlen freigewordenen Osteoblasten wieder zu Bindegewebszellen werden könnten und umgekehrt in beständigem Kreislauf, wird angesichts der hier vorhandenen Verhältnisse behaupten wollen, das Granulationsgewebe habe sich aus den Knochenzellen gebildet, sondern vielmehr wird man statuiren müssen, dass hier osteoplastische Processe neben osteorareficirenden vorliegen, dass man es zu thun habe mit Spuren von Caries neben überwiegender ossificirender Ostitis unter einer ulcerirenden, hochgradig infiltrirten Schleimhaut.

Gerade hier wird es nun am Platze sein, noch einige Worte zu äussern, über gewisse hieher gehörige Fragen zur Lehre von der Zellentransmutation und der specifischen Entzündung. Aus den weissen Blutkörperchen und (oder) den fixen Bindegewebskörperchen sollen hervorgehen die Zellen von Syphilis, Lepra, Rotz, Typhus, Tuberculose, (Scrophulose), dann in zweiter Linie die Zellen der Sarcome, Lipome, Myxome u. s. w. Ist es vom Standpunkte der Entwicklungslehre ganz ausreichend anzunehmen, dass alle diese so verschiedenen Zellengattungen aus einer Form, der „embryonalen Rundzelle“ hervorgehen können, aus der „Alles zu werden“ vermöge, so ist damit noch nicht nachgewiesen:

1. ob auch das weisse Blutkörperchen oder nur die aus der Bindegewebszelle hervorgehende Rundzelle die Gaben der Embryonalzelle besitze und
2. welche von den aufgezählten Zellgattungen dann von dem Leucoblast oder von dem Inoblast gebildet werden.

Ich will nun nicht des Weiteren auseinandersetzen, weshalb man die Typhuszelle von Leucoblasten abstammen lassen müsse, weil sie in Organen das Lymphsystems sich finde, weshalb man der scrophulösen und tuberculösen Zelle die gleiche Herkunft vindiciren könne, weil sie ebenfalls vorzugsweise im Lymphsystem



auftritt und ihre Bildungen solche des letzteren nachahmen, nur hinsichtlich der Syphilidzellen möchte ich jene aufgestellten zwei Momente kurz erörtern. Es gibt durch das syphilitische Virus hervorgerufene pathologische Produkte, wo es nicht gelingt, an Zellen, Spindeln und Fasern einen anderen Charakter nachzuweisen, als er aspecifischen Granulationen zukommt, wo selbst der Gesammtverlauf der „specifisch syphilitischen Entzündung“ nicht abweicht von den gewöhnlichen Granulationen. Dann aber gibt es Fälle, wo die syphilitischen Bildungen specifische Zellen, sehr kleine, grosskernige Zellen darbieten, neben sogenannten freien Kernen, die ebensogut einen Jugendzustand wie einen Zerfall der ausgebildeten Zelle bedeuten können. Ohne noch die Metamorphosen syphilitischer Affectionen der Gewebe herbeiziehen zu wollen, sei noch darauf hingewiesen, dass ihre Zellen Myxomzellen, Osteoblasten werden können, eine weite Perspective in die Schwierigkeit der Frage von der Herkunft und Differenz der Syphiliszellen. Dass nun ein grosser Leucoblast, dessen Kernverhältnisse namentlich ganz andere sind, sich in eine kleine, syphilitische Rundzelle soll umbilden können, ist gewiss nicht denkbar: so viel scheint also sicher, dass die kleine Gattung der Syphiliszellen nicht von weissen Blutkörperchen stammen könne, sondern aus der Bindegewebszelle hervorgehen müsse, indem das syphilitische Gift den Chemismus der Kern- und Protoplasmasubstanzen in einer bestimmten Weise alterirt, so dass die Zellbrut einen anderen Charakter bekommt, als der inficirte Zellstamm. Bleibt aber der Zellchemismus, der Zelltheilungsmechanismus derselbe, als wenn irgend ein anderer nicht specifischer Reiz zur Proliferation angeregt hätte, dann entstünden gewöhnliche Granulationen, die nun allerdings mit Leucoblasten gemischt sein könnten.

Mit dieser Hypothese ist die Frage von der Herkunft der syphilitischen Zellen freilich gar nicht gelöst, aber doch ein Versuch gemacht, den Anschauungen darüber engere Grenzen zu ziehen. —

Fall VI. Herr Br. Geschwülstchen von der Grösse einer Kaper, Breite von seiner Matrix abgetrennt. Oberfläche glatt, von einzelnen seichten Furchen durchzogen, stellenweise schwach eingesunken und gefältelt. Nahe der Ablösungsstellen nadelstichartige Poren.



Mikroskopische Untersuchung: Der kleine Tumor kann wegen seines exquisiten, cylindrischen Oberflächenepithels nicht aus dem Pharynx stammen, sondern muss der Nasenhöhle angehört haben und sass muthmasslich irgendwo an der Choanenumgrenzung. Lockeres, maschenbildendes Bindegewebe mit zahlreichen gesternten, echten Myxomzellen, wechselt ab mit feinfibrillärem Grundgewebe, reich an grosskernigen, runden Zellen vom Charakter der grösseren Granulationszellen. Dazwischen liegen reichliche acinöse Schleimdrüsen, Durchschnitte von Drüsenausführungsgängen, quer und schief getroffene Epithelbuchten. Dazu eine mässige Anzahl theils collabirter, theils bluthaltiger Capillaren, deren Verlauf durch Ketten von Rundzellen in oft sehr breiter Lage markirt ist. Die stärkste Zellenhäufung findet statt rings um die Drüsen, an der durch das Operationstrauma blutig suffundirten Abtrennungsstelle des Tumors und an den Seiten desselben. Geringer ist sie unter dem Epithel, überhaupt im freien, hängenden Theil des Geschwülstchens, so dass dessen Wachsthum, entsprechend den Stellen stärkster Zellenanhäufung, also mehr ein basales, denn ein peripheres gewesen sein muss. Nur die äusserste Zone ist frei von Drüsen und wird von einem reinen Schleimgewebe mit wenig Zellen gebildet. Demnach zeigt erst diese Zone den gewöhnlichen Bau der Schleimpolypen. Ein echter Polyp, eine gestielte Hängegeschwulst liegt noch nicht vor, sondern erst eine umschriebene Hypertrophie der (hinteren) Nasenschleimhaut mit zelliger Hyperplasie, myxomatöser Umwandlung und Ansatz zur Bildung eines Schleimpolypen. Ein specifischer Charakter kann dieser Bildung nicht beigemessen werden.

Fall VII. Frau V. Acht etwa erbsengrosse, unregelmässig-kantige Weichtheilstücke von rauhem Ansehen, brauner Färbung. Dazu eine Anzahl kleiner krümelartiger Brocken.

Drei der grössten Stücke werden ausgesucht. Schnittfläche zeigt gelbweisse Inseln in einer braunen Masse eingebettet. Die letztere besteht aus gehärtetem Blut mit Zellhaufen als unregelmässige Einsprengung, die hellen Inseln werden gebildet lediglich von dicht aneinanderliegenden Zellen, aus deren Anordnung man stellenweise noch ehemalige Drüsenlager erschliessen kann. Einzelne Schnitte zeigen noch eine papilläre Oberfläche mit gut erhaltenem, zapfenartigem Plattenepithel oder nur mit Resten von solchem. Stärkere Vergrösserungen demonstriren das Zellgewebe als ein entschieden syphilitisches;



zwar kein sehr deutliches Reticulum, doch kleine Rundzellen mit ziemlich vielen freien Kernen, die oft kettenförmig aufgereiht sind.

Wir haben also zersprengte Stücke einer jedenfalls flachen Geschwulst vor uns, die durch das Operationstrauma in Trümmer zerrissen wurde, welche sich im Blutgerinnsel fest eingeschlossen fanden. Die Geschwulst kann nicht der Nasenschleimhaut angehört haben, weil sie deutliches Plattenepithel aufwies, sondern sie sass wohl in einer der Uebergangsstellen aus dem Bereiche des cylindrischen in das des platten Epithels. Ein ganz kleines Knorpelstückchen in einem der Präparate weist auf die äussere Nase hin.

Ein anderes Weichtheilstück, das nicht von Blut umgeben war, erwies sich alleinig aus Zellen zusammengesetzt von der verschiedensten Gattung; kleine Rundzellen und freie Kerne bildeten gewöhnlich eine Art Centrum, um welches herum sich schmale und kleine Spindelzellen mit dünnen Fasern concentrisch anordneten, überall ebenfalls untermischt mit freien Kernen und Rundzellen.

Sämmtliche Geschwülstchen sind als Schleimhautsyphilome anzusprechen, welche sich bei ihrer Abtragung im Stadium frischer Entwicklung befanden, da regressive Metamorphosen ihnen vollständig abgehen und sie wenigstens zum Theil mit Epithel bedeckt waren. Ihre eigentliche Urgestalt ist nicht mehr reconstruirbar.

Wollte ich nun zum Beschluss eine Aufzählung sämmtlicher, in den Präparaten gefundenen Processe vornehmen, so würde ich nur wiederholen, was hinter jedem einzelnen Fall genauer erörtert wurde. Ich begnüge mich deshalb kurz darauf hinzuweisen, dass unter den beobachteten Affectionen besondere Beachtung wegen ihrer Eigenart verdienen:

1. Die Verbindung von Syphiliden mit vorheriger chronischer Rhinitis (Fall II Clh.).
2. Die Vortäuschung von Syphilom durch eine ältere, nicht specifische polypöse Geschwulst (Fall VI).
3. Die Beziehungen der myxomatösen Degeneration, der Polypenbildung auf der Nasenschleimhaut zur Nasensyphilis (Fall II und IV).
4. Die eigenthümlichen Erkrankungen der Schleimdrüsen (Fall III und IV).
5. Die schleimige Caries (Fall II).

6. Die desmoid-cavernöse Metamorphose bei Knochensyphilis (Fall III).
7. Die osteoplastischen Vorgänge an den glatten Nasenknochen (Fall IV und V) u. s. w.

Trägt vorstehende Arbeit dazu bei, die Ueberzeugung zu befestigen, dass die Nasensyphilis eine Fundgrube sei für ganz aparte, ihr eigene Localformen des syphilitischen Allgemeinleidens, für das vergleichende Studium der Localsyphiliden überhaupt, wie auch eine Quelle mancher Belehrung für den Therapeuten und Operateur, so glaubt der Verfasser dem Letzteren, Herrn Dr. Schuster, nicht besser danken zu können für die Gewährung seines Operationsmaterials, als indem er es nach Möglichkeit in der angedeuteten Richtung zu verwerthen suchte.



Ueber Vaccinations-Syphilis.

Vortrag, gehalten in der pädiatrischen Section der Münchner Naturforscher-Versammlung

von

Hofrath Prof. **v. Rinecker** in Würzburg.

Trotz der zahlreichen, früher namentlich von Italien her berichteten Fälle von Verbreitung der Syphilis auf dem Wege der Impfung blieb das Factum selbst — Uebertragbarkeit der Syphilis durch die Vaccine — lebhaft bestritten und auch der bekannte, in Bayern abspielende, so peinliches Aufsehen veranlassende Process Hübner brachte in dieser Beziehung keine Entscheidung.

Man war viel eher geneigt, an irgend einen Missgriff des betreffenden Impfarztes zu denken, als in der Vaccine-Lymphe eine Trägerin des syphilitischen Giftes zu erblicken und bekanntlich wurde die dritte Frage des Londoner General Board of Health, welche die Uebertragbarkeit der Syphilis durch die aus einer Pustel von unzweifelhaft vaccinaler Natur genommene Lymphe zum Gegenstand hatte, von weitaus der Mehrzahl der Aerzte und gelehrten Gesellschaften der ganzen gebildeten Welt im verneinenden Sinn beantwortet. Auch die verschiedenen, zur Aufklärung des strittigen Thema's in älterer und neuerer Zeit angestellten Versuche fielen in diesem negativen Sinne aus und am Ende der Fünfziger Jahre war die Vaccine in ihrer ganzen Integrität rehabilitirt.

„Es gibt keine Vaccinal-Syphilis" war die Parole und in der That, Angesichts der höchst geringfügigen Zahl der erzählten Fälle gegenüber der nach Millionen rechnenden Vaccination mit normalem Verlauf, ferner in Anbetracht der Räthselhaftigkeit der ganzen Erscheinung, wie der Lückenhaftigkeit und Ungenauigkeit der einzelnen Beobachtungen, war es nicht zu verwundern, wenn man in seinem Unglauben so weit ging, die ganze Impf-



syphilis als ein leeres Phantom zu betrachten. Am meisten trug übrigens hiezu bei, dass damals — wenn schon die Wiederauffindung der Contagiosität der Secundärzufälle durch Waller in das Jahr 1851 fällt — diese Thatsache, die mit der Frage der Vaccinal-Syphilis so innig verbunden, ja geradezu mit ihr identisch ist, doch von einer grossen, wir möchten sagen, der Mehrzahl der Aerzte nicht anerkannt wurde, in Folge des Widerspruchs von Ricord, dessen Autorität in syphilitischen Dingen in jener Zeit nicht blos in Frankreich, sondern auch anderwärts, und zumal in Deutschland eine noch ungebrochene war. (Vergl. Pauli's Ausspruch bei Gelegenheit des Hübner'schen Processes.)

Als gegen Ende der Fünfziger Jahre die Lyoner Schule mit Rollet an der Spitze die Transmissibilität der syphilitischen Secundärerscheinungen proclamirte, wurde dieselbe alsbald allgemein angenommen und die gleichfalls schon durch Waller u. A. festgestellte, nun aber auch von Rollet adoptirte Thatsache der Uebertragbarkeit der Syphilis durch das Blut Syphilitischer brachte letzteren auf den Gedanken, diesen Modus der Uebertragung zur Erklärung der bis dahin räthselhaften Genese einer Vaccinations-Syphilis zu benützen. Sein Schüler Viennois führte diesen Gedanken weiter aus, mit einem Geschick und einer Energie, die nur aufgewogen wurde durch das Glück und den Beifall, welcher der neuen Lehre überallhin zu Theil wurde. Von da an datirt eine neue Phase in der Geschichte der Impfsyphilis, die zur unbedingten Anerkennung ihrer Existenz führte, während die von Viennois gegebene, anfänglich allerseits mit grossem Enthusiasmus aufgenommene Erklärung von der Art und Weise des Zustandekommens derselben bei näherer Betrachtung Manchem doch Einiges zu wünschen übrig liess und in letzterer Zeit von mehreren Seiten her geradezu Widerspruch erfahren hat.

Viennois war vor Allem mit richtigem Tacte bemüht, den Begriff der Impfsyphilis schärfer zu präcisiren, indem er das ihr promiscue zugewiesene Material in zwei Gruppen theilt und in die erste jene Fälle einreiht, wo bei dem schon vor der Vaccination latent syphilitischen Impfling während des Verlaufs der Vaccine die Syphilis zum Ausbruch kommt, die zweite aber diejenigen Fälle in sich begreift, in denen der im Momente der Vaccination von Syphilis noch freie Impfling in Folge der Impfung das



syphilitische Gift in sich aufnimmt. Es ist klar, dass an der Syphilis der in die erste Gruppe gehörenden Fälle die Vaccine völlig schuldlos ist, daher auch auf sie der Name der Syphilis vaccinata nicht passt, eben so klar ist aber auch, dass diese Gruppe den Stammimpfling liefert, von dem aus unter Umständen neben der Vaccine das syphilitische Virus sich fortpflanzen kann. Viennois glaubt, auf seine und fremde Beobachtungen gestützt, dass die Vaccination das Privilegium besitze, die im Impfling schlummernde Syphilis zu wecken, doch gelte in diesem Falle als Regel, dass sich dieselbe stets und immer unter der exanthematischen Form manifestire, niemals dagegen als Primitivgeschwür an der Stelle der Impfung.

Nimmt man von einem solchen syphilitischen Stammimpfling behufs Weiterimpfung nur reine, unvermischte, namentlich nicht mit Blut verunreinigte Lymphe, so überträgt man nichts als die normale Kuhpocke ohne irgend eine früher oder später eintretende syphilitische Complication. Dringt dagegen die Spitze der Impflancette etwas tiefer und bedeckt sich dieselbe mit Blut, dann können mit einem und demselben Stich beide Krankheiten übertragen werden, die Vaccine mittelst der Kuhpockenlymphe, die Syphilis durch das mitüberimpfte syphilitische Blut. Die Vaccine, welche ein kürzeres Incubations-Stadium und desshalb eine raschere Entwicklungs-Fähigkeit besitzt, wie der syphilitische Initialaffect, entwickelt sich zuerst, in regulärer Form ihre verschiedenen Phasen durchlaufend. Im Moment aber, wo die Kruste der Vaccinepustel sich löst, kommt am Grunde derselben, somit in diesem Falle an der Stelle der Impfung, ein indurirtes Geschwür zum Vorschein, welchem in dem gewöhnlichen Zeitraum die allgemeinen Erscheinungen folgen. Nach Viennois bildet also ein wohl conditionirtes indurirtes Geschwür das erste Symptom der vaccinalen Lues, die Quelle desselben aber ist in dem mitüberimpften Blute des syphilitischen Stammimpflings zu suchen.

Hiemit schien das Räthsel der Impfsyphilis mit Einem Male gelöst zu sein und wurde die Bluttheorie Viennois' in der That als der lange vergeblich gesuchte Ariadnefaden betrachtet, der uns aus dem unheimlichen Dunkel, in welches dieses Capitel der Syphilis bis dahin gehüllt war, befreien sollte. So liess sich nun die bizarre Erscheinung, wo nach einer Impfung einer grösseren



Zahl gesunder Kinder ein Theil derselben von Syphilis befallen wurde, während der andere frei ausging, erklären; die Einen hatten nur reine Lymphe aufgenommen, bei den Anderen hatte sich Blut beigemengt. Und wie beruhigend musste es wirken, dass das Mittel, der gefürchteten Impfsyphilis aus dem Wege zu gehen, so einfacher Art war; brauchte man doch nur die Spitze der Impfnadel vor Verunreinigung mit Blut zu bewahren, darin lag das ganze Geheimniss!

Der Zufall wollte, gleichsam um Viennois' Triumph vollständig zu machen, dass theils gleichzeitig mit der Veröffentlichung seiner Theorie, theils bald nachher einige Fälle von Impfsyphilis bekannt wurden, in denen ausdrücklich angegeben war, dass dem Impfstoff Blut der syphilitischen Stammimpflinge beigemengt gewesen. Es sind dies die Fälle von Lecoq (1859), Pacchiotti (1861), Adelasio (1862) und Sebastian (1863); vor Allem scheint der Letztere von unzweifelhafter Beweiskraft, da nur an Einer Impfstelle, und zwar gerade an jener, bei deren Anlegung die Mischung mit Blut des Stammimpflings stattgefunden hatte, ein syphilitisches Geschwür entstand, während aus den übrigen Impfstellen normale Vaccine-Bläschen sich entwickelten. Auch darauf weist Viennois hin, dass es häufig die Letzten in der Reihe einer Impfung waren, die neben der Vaccine mit Blut inficirt wurden, in jenem Momente nämlich, wo bei bereits ziemlich erschöpfter Lymphe der Impfarzt mit seiner Lancette tiefer auf den Grund der Pustel eindrang. Oefters war es freilich auch nicht der Fall, gerade die Letzten gingen frei aus und aus der Mitte heraus wurde ein oder der andere Impfling in Folge der Vaccination von Syphilis befallen.

Viennois hält durch die obigen Fälle die Thatsache der Uebertragung durch das Blut für erwiesen und die Mehrzahl der Syphilidologen stimmen ihm bei. Jene Beobachtungen werden als positive Resultate betrachtet, deren Eines mehr Bedeutung habe, als tausend negative Erfolge. Hiemit sollen vor Allem Boeck's Versuche, dessen Impfungen mit Vaccine von Secundär-Syphilitischen, welcher absichtlich Blut derselben beigemengt war, bezüglich der Syphilis erfolglos blieben, werthlos gemacht werden. Ich kann diese Anschauungsweise der Sache unmöglich theilen, sehe vielmehr die negativen Erfolge Boeck's als eben so viele

positive Daten gegen die Theorie Viennois' an, die selbst nicht auf experimentellem Boden aufgewachsen ist, sondern einfach aus einem Raisonnement Viennois' hervorging, dem lediglich einige wenige gelungene Impfungen mit dem Blute Syphilitischer zur Stütze dienten. Dagegen ist die Rolle, welche das Blut bei den Kuhpocken-Impfungen spielt, eine rein zufällige und der Irrthum Viennois' liegt gerade darin, dass er in dieser Mitverimpfung von Blut, die bei der in dieser Beziehung meist ohne jede Vorsicht vorgenommenen Vaccination etwas ganz Gewöhnliches ist, einen wesentlichen Vorgang erblickt. Wäre dem so, dann würden die Fälle von Impfsyphilis nach Tausenden zählen.

Auch nach anderer Richtung hin ist das Unzureichende von Viennois' Bluttheorie nachgewiesen und dabei (Robert, Köbner) gründlich erörtert worden, dass es auf einem Missverständnisse beruhe, wenn Viennois zur Begründung seiner Bluthypothese an jene planmässig mit dem Blute Syphilitischer ausgeführten Inoculationen appellirt. Diese Impfungen gelangen in einigen immerhin seltenen Fällen nur dann, wenn sie in dem acuten, manifesten Stadium syphilitischer Durchseuchung mit einer reichlichen, auf grössere Resorptionsflächen behufs längeren Contacts aufgetragenen Quantität Bluts vorgenommen wurden, während die mit minimalen Quantitäten und blossen Lancettstichen geübten Impfungen sämmtlich misslangen. Das Hauptgewicht ist aber auf die Dauer der Incubation zu legen, welche, wenn auch mancherlei Schwankungen unterworfen, doch gewisse Grenzen unabänderlich festhält. Unverträglich mit den Gesetzen des syphilitischen Contagiums erscheint es daher, dass ein bis zur Impfung gesundes und erst durch diese mit syphilitischem Gift inoculirtes Individuum bereits 8 bis 10 Tage nachher von Lues so durchseucht sein soll, um für eine weitere Impfdescendenz neben Lymphe auch bereits ein zur Syphilis-Inoculation fähiges Blut zu liefern. Zur Aufrechthaltung von Viennois' Bluthypothese würde aber eine solche abgekürzte Incubation eine nothwendige Prämisse bilden in allen jenen Fällen, wo ein zweiter, bis zur Impfung gesunder und erst durch diese mit Syphilis inficirter Stammimpfling intervenirte, von dem aus durch am 8. bis 10. Tage nach der Impfung den ganz normal aussehenden Vaccinebläschen entnommene Lymphe auf andere gesunde Kinder Syphilis übertragen wurde (Fälle von Hübner und



Pacchiotti). Auspitz, der hierin sehr wohl die Achillesferse jeder Vermischungstheorie und somit auch der Viennois'schen Bluthypothese erkannte, glaubt diese retten zu können, indem er für alle diese Fälle eine Herabsetzung der normalen Incubationszeit der Syphilis von im Mittel drei Wochen auf im Mittel zehn Tage constatirt, welche dem Einfluss der Vaccine auf das neben ihr übertragene luetische Gift zugeschrieben werden müsse.

Sehr ernst scheint es übrigens Auspitz mit diesem Rettungsversuche der Bluttheorie von Viennois nicht zu sein, um so weniger, als er selbst unmittelbar vorher auf eine zuerst von Gamberini in Florenz geäusserte Ansicht aufmerksam macht, der zu Folge „ein am Grunde der Vaccinepustel eines Syphilitischen vorhandenes, von reiner Vaccinelymphe bedecktes Geschwür" als Ursache der Vaccine-Syphilis zu betrachten wäre. Mit der thatsächlichen Begründung dieser Ansicht hätte das langjährige Dilemma der Impfsyphilis mit Einem Male sein Ende erreicht. Eine an der Basis der Vaccinepustel sitzende, von dieser maskirte, syphilitische Localaffection würde jedenfalls der natürlichste Ausgangspunkt für die beim ersten wie zweiten Stammimpfling später eintretenden Erscheinungen sein. Ihr eitriges Secret würde ebenso einfach die oben beanständete Kürze der Incubationszeit erklären, wie dies bei der Vermittlung durch das Blut immer schwierig bleiben wird. Und da die Modalitäten des Contacts der Impflancette mit dem Geschwür an der Basis immerhin dem Zufall anheim gegeben sein werden, so ist es nahe liegend, wie hiedurch auch die verschiedenen, in einzelnen Fällen von Impfsyphilis beobachteten exceptionellen Verhältnisse ihre Auslegung finden können.

In neuerer Zeit hat diese Hypothese an Köbner einen eben so eifrigen wie beredten Vertreter gefunden; er musste sich aber die Entgegnung gefallen lassen, dass eben noch Niemand eine solche syphilitische Localaffection an der Basis einer Impfpustel gesehen oder gefühlt habe. Die unbedingte Antwort Viennois' und aller übrigen Beobachter auf die hierhin zielende Frage lautet einfach: „Niemals".

Gerade um die in dieser Beziehung noch bestehende Lücke auszufüllen, erlaube ich mir, folgenden Fall, der vor Kurzem sich auf der Krankenabtheilung für Syphilitische im Julius-Spitale zu Würzburg abgespielt hat, hier vorzuführen:



Das Kind Anna Klein, von einer Mutter stammend, welche von uns während ihrer Schwangerschaft an frischer Sypbilis behandelt wurde, kam ausgetragen und anscheinend gesund am 21. März 1876 zur Welt. Im Mai 1876 trat ohne Drüsenschwellung ein deutliches papulöses Exanthem an den Handrücken, dem linken unteren Augenlide, sowie im Munde auf, welches nach einer Injectionscur mit Quecksilber-Albuminat schwand. Mitte August war Patient geheilt, gedieh ausserordentlich, und nahm stetig zu. Mitte December 1876 Recidiv, diesmal mit indolenter mässiger Schwellung der Hals- und Leistendrüsen, knötchenförmiges, schuppendes, nicht juckendes Exanthem auf Nasenrücken und Stirngegend (Syphilis cutanea papuloso-squamosa conferta). Bis Ende Januar 1877 war spontane Heilung erfolgt, nur geringe Drüsenanschwellung persistirte.

Am 11. April wurde A. K. mit Vaccine aus den Revaccinationspusteln eines jungen Arztes vom Hause, der niemals syphilitisch gewesen war, am linken Oberarm geimpft und zwar mittelst zweier Kreuzschnitte. In der ganzen Länge der Schnitte entwickelten sich in durchaus normaler Weise in der gewöhnlichen Frist Pusteln, welche confluirten und bis zum Abfallen der Kruste nichts Auffallendes zeigten.

Als am 3. Mai die Kruste abfiel, lag ein 7 Millimeter tiefes, kraterförmiges Geschwür mit anhaftendem, spärlichem, serös eitrigem Secret zu Tage, dessen Ränder und Grund exquisit hart waren, die Ränder wallförmig erhoben; das Ganze war nicht im mindesten schmerzhaft, eine Axillardrüse der linken Seite geschwollen, hart, schmerzlos[1]). Am 18. Mai war das Geschwür unter einfachem Wasserverbande verheilt, die vertiefte Narbe noch deutlich hart; am 25. Mai war diese Härte vollständig geschwunden, doch waren in der Achsenhöhle multiple Drüsenschwellung, am linken Zungenrande Schleimplatten, starke indolente Schwellung der Halsdrüsen beiderseits zu bemerken. Eine nochmalige Impfung am 22. Mai mit wirksamer Vaccine blieb ohne Resultat.

[1]) Die Seltenheit des Falles veranlasste den Redner, denselben in der Sitzung der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg am 5. Mai vorzustellen. Der specifische Charakter des Geschwürs wurde von sämmtlichen anwesenden Aerzten, worunter die Herren: Prof. Rindfleisch, v. Kölliker, Gerhardt, Med.-Rath Vogt, Bez.-Ger.-Arzt Reubold u.A., als unzweifelhaft anerkannt.



Ich will den Werth dieser einen Beobachtung nicht überschätzen, glaube aber doch an den oben citirten Ausspruch von Auspitz erinnern zu dürfen, wonach tausend negative Erfolge nichts gegen einen positiven beweisen. Dass dieser Fall der einzige bis jetzt bekannt gewordene ist, darf nicht Wunder nehmen, wenn man die publicirten Fälle von Impfsyphilis auf folgenden einen Punkt hin kritisch untersucht: Welcher von allen Stammimpflingen erster Reihe, durch dessen Vaccine Syphilis auf eine Descendenz von Impflingen übertragen worden ist, wurde früh genug und lange genug untersucht und beobachtet, um die Existenz einer specifischen Infiltration an der Basis einer seiner Vaccinepusteln ausschliessen zu können? Kein einziger! Die von Bohn in dieser Beziehung angeführten zwei Fälle, der eine von Trousseau, der andere von Pacchiotti beweisen in dieser Beziehung nichts. Den ersteren anlangend, so genügt die lakonische Kürze des Referates, um die Ungenauigkeit der Beobachtung zu enthüllen: „Das Kind verliess vier Wochen nach der Impfung das Spital, ohne krank zu sein". — Das Kind Chiabrera wurde von Pacchiotti erst vier Monate nach der Impfung untersucht. Dass schon nach vier Wochen Geschwür und Induration verschwunden sein können, beweist der angeführte Fall des Kindes Klein; das ungewöhnlich tiefe Geschwür war 37 Tage nach der Impfung, 15 Tage nach dem Abfallen der Kruste vollständig vernarbt und bot beim blossen Anblick nichts Verdächtiges; nur dem genauer zufühlenden Finger erwies sich die Narbe noch als indurirt; 8 Tage nach der Vernarbung war auch von dieser Härte keine Spur mehr vorhanden.

Noch auf einen Punkt möchte ich aufmerksam machen, der von hoher praktischer Bedeutung ist. Die meisten Impfunglücke sind in Italien vorgekommen; der Grund hiefür liegt offenbar in der in diesem Lande üblichen späten Abimpfung am 10., bis selbst erst am 14. Tage. Auch manche in Deutschland und Frankreich beobachteten Fälle von Syphilis vaccinata dürften hierin ihren Grund haben. Ohne Zweifel gibt es einen Zeitpunkt, in welchem die Vaccinepustel weiter nichts, als reine Vaccinelymphe enthält, die nur wieder ein echtes Jenner'sches Bläschen zu erzeugen im Stande ist. Dieser Zeitpunkt, bis zu welchem also der Grund der Pustel noch nicht einem Träger des syphilitischen



Giftes zum Sitze dient, dürfte mit dem 7. bis 8. Tage abschliessen. Alle Abimpfungen diesseits dieses Termines würden als vollkommen ungefährlich zu betrachten sein. Auch Köbner hat auf dieses Moment bereits die Aufmerksamheit gelenkt.

Ich fasse seine Ansicht über Impfsyphilis kurz in folgenden Sätzen zusammen:

1. Latente Syphilis, vornehmlich jene der Kinder, kann durch den Impfprocess zur Manifestation gebracht werden;

2. Diese besteht entweder in allgemeinen exanthematischen Erscheinungen, oder es entwickelt sich nach Ablauf einer bestimmten — wahrscheinlich innerhalb der ersten acht Tage liegenden — Frist am Boden einer oder der anderen Impfpustel ein indurirtes Geschwür (Hunter'scher Schanker);

3. Nur die Abimpfung von solchen Pusteln kann — bei dem jetzt üblichen Impfverfahren — dem Impflinge neben der Kuhpocke die Syphilis bringen, und zwar lediglich dann, wenn Theilchen — Eiterzellen oder Detritus — der am Grunde befindlichen Affection mitüberimpft werden.

Nachtrag.

Es mag von vornherein etwas auffallend erscheinen, die Vaccination die Rolle eines reizenden Agens für die Bildung einer secundären Sclerose spielen zu sehen. Zwar wurden sogenannte recidivirende Sclerosen schon von mehreren Seiten (Fournier, Hutchinson, Lee) beschrieben, doch handelte es sich hierbei mehr um die Recrudescenz zurückgebliebener localer Gewebsalteration. Dagegen hat Tarnowsky in neuester Zeit (S. dessen bemerkenswerthen Artikel: Reizung und Syphilis in diesem Archiv 1877 I und II, S. 19 ff.) durch Experiment und Beobachtung nachgewiesen, dass in Folge der Inoculation irgend eines reizenden Stoffes — hier des Vaccinegiftes — auf einen syphilitischen Organismus an der Einstichstelle die Ablagerung eines syphilitischen Infiltrates stattfinden könne, welches vollkommen die Form der specifischen Primäraffection anzunehmen und gleich dieser Syphilis auf Gesunde zu übertragen vermöge.

Der Status nascens aber, in welchem sich die aus dem Zerfall der am Boden der Impfpocke befindlichen Gewebsinduration hervorgehenden Eiterkörperchen befinden, mag die Kürze der Incubationszeit (10 Tage) erklären, die namentlich für jene Fälle, wo ein zweiter Stammimpfling auftrat, statuirt werden muss. —

Ueber Syphilis hereditaria tarda.

Ein klinischer Vortrag von Professor **Laschkewitz** in Charkow.

Meine Herren!

Vor einem Monate wurde in unsere Klinik ein krankes Mädchen, eine Jüdin, 18 Jahre alt, mit vollständigem Verluste des Sehvermögens des rechten und stark abgeschwächter Sehschärfe des linken Auges aufgenommen. Ausser dem Augenleiden, das eigentlich nicht unserer Klinik angehört, klagte Patientin über heftige Kopfschmerzen, über Schmerzhaftigkeit der Knochen der Extremitäten und des Gesichtes, welche des Nachts sie sehr beunruhigten. Eben dieser Schmerzen halber suchte sie unsere Klinik auf. Am folgenden Tage traten wir an die klinische Untersuchung dieses Falles heran. Die Ergebnisse, die dabei gewonnen wurden, bestanden in Folgendem:

Patientin ist mittelgross gewachsen, von mässigem Körperbaue. Haut und sichtbare Schleimhäute sind anämisch. Das Knochen- und Muskelsystem gut entwickelt. Auf der Haut sind keine Ausschläge bemerklich, nur links am Halse, einen Zoll unterhalb des Ohrläppchens, fällt eine keilförmige Narbe auf, die ihre Basis nach oben kehrt und eine Länge von 2 Ctm. besitzt. 3 Ctm. weiter nach unten ist eine kleinere ovale Narbe bemerklich. Ausser diesen beiden Narben befinden sich noch eine anderthalb Ctm. grosse Narbe an der Mitte des Unterkieferastes; gerade eine solche Narbe bemerkt man an der entsprechenden Stelle des Unterkiefers links. Die beiden letzteren sind straff mit dem Knochen verwachsen, der Knochen selbst erscheint unter ihnen uneben und leicht höckerig. Die oben beschriebenen Narben sind stark pigmentirt und ungewöhnlich dünn (atrophisch). An den übrigen Körpertheilen sind, ausser einem Haarseile am Nacken,



das in der Augenklinik eingeführt wurde, keine Verletzungen zu bemerken. In der Mundhöhle sind weder Geschwüre noch Narben sichtbar, aber das Zäpfchen ist von der Basis bis zur Mitte mit dem Gaumenbogen verwachsen. Die Hals- und Unterkieferlymphdrüsen, so wie diejenigen der Armbeuge sind hypertrophirt. Die Untersuchung der Brustorgane zeigte, dass der Zustand derselben normal ist, der Percussionsschall ist überall hell. Die Herzgrenzen sind normal. Mittelst der Auscultation konnte nichts Abnormes nachgewiesen werden. Die Leberdämpfung fängt in der Höhe der 7. Rippe an und reicht nicht über den Rippenbogen hinaus; die Milz ist nicht vergrössert, der Appetit ist gut, die Darmfunctionen sind normal. Die sorgfältigste Untersuchung der Sensibilität und Motilität zeigte keine Abweichung von der Norm. Der Harn blass-gelb, die 24 stündige Menge beträgt 1000 Cctm., das spec. Gewicht 1·015, die Reaction ist schwach sauer, er enthält keine abnormen Bestandtheile. Die Untersuchung des Geschlechtsapparates zeigte, dass unsere Patientin eine puella intacta ist. Subjectiv klagt Patientin über die schon oben erwähnten Schmerzen und den Verlust des Sehvermögens. Der letztere Umstand hängt nach den, von der Augenklinik aus gemachten Mittheilungen, von einer Neuritis optica und beginnender Atrophie des Augennerven ab.

Bis zum 14. Lebensjahre war unsere Patientin gesund, im 12. Jahre zeigte sich bei ihr links am Halse eine Geschwulst, welche anfangs hart und leicht schmerzhaft war, allmälig weicher wurde und nach spontanem Aufbruche sich in ein Geschwür verwandelte. Unterhalb desselben bildete sich eine eben solche Geschwulst mit gleichem Ausgange. Bald darauf entwickelte sich eine ähnliche Affection am Unterkiefer, fast gleichzeitig an der rechten und linken Seite, die den Knochen selbst mit in den Process hineinzog, da aus dem Geschwüre Knochenplättchen ausgestossen wurden. Die letzteren Geschwüre waren besonders hartnäckig, und wichen nur einer langdauernden Behandlung. An den, den Geschwüren entsprechenden Stellen, finden sich gegenwärtig die oben erwähnten Narben. Nachdem Patientin von dem erwähnten Leiden völlig befreit worden war, erfreute sich dieselbe bis zum 17. Lebensjahre eines guten Gesundheitszustandes. Erst im 17. Jahre bekam sie zum ersten Male die Menstruation, welche bald nachher auf ein ganzes Jahr sistirt wurde, um erst vor drei Wochen zurückzukehren. Ungefähr 3 Monate vor ihrem Eintreten in die Klinik fing die Kranke an eine Abschwächung der Seh-

schärfe zu bemerken, nachher erblindete das rechte Auge gänzlich und am folgenden Tage auch das linke. Die Kranke suchte Hilfe in der ophthalmologischen Klinik, wo es auch gelungen war ein schwaches Sehvermögen des linken Auges wiederherzustellen, weiter aber konnte man es dort nicht bringen. Unterdessen verstärkten sich die nächtlichen Knochenschmerzen zu einem hohen Grade und nöthigten die Kranke, sich an unsere Hilfe zu wenden. Vater und Geschwister unserer Patientin sind gesund, die Mutter aber litt an einer Affection der Nasenbeine, welche ein Einsinken der Nase zur Folge hatte; dieselbe leidet noch bis jetzt an nächtlichen Knochenschmerzen. Diese anamnestischen Angaben sind auch vom Vater der Patientin bestätigt worden.

Das sind die Ergebnisse, zu denen wir bei der klinischen Untersuchung unseres Falles gelangt sind. Hervorragende Symptome waren der Sehverlust und die nächtlichen Knochenschmerzen. Die Anamnesis der Kranken bietet uns Facta dar, die viel Licht auf diesen Zustand unserer Kranken werfen und den Schlüssel zur richtigen Auffassung desselben uns an die Hand geben. Wie Sie sich erinnern, haben bei unserer Patientin im 12. Lebensjahre Verhärtungen mit nachfolgender Erweichung und Bildung offener Geschwüre sich zu zeigen angefangen. Diese Verhärtungen hatten, so zu sagen, einen springenden Charakter, erschienen anfangs am Halse, nachher am Unterkiefer und, was sehr wichtig ist, an symmetrischen Stellen. Nachdem dieselben in Erweichung übergegangen waren, beschränkten sie sich nicht nur auf die Zerstörung der Weichtheile, sondern griffen auch den Knochen an. Nach der Heilung haben diese Geschwüre ganz charakteristische, atrophische Narben zurückgelassen. Dies alles spricht für ihre syphilitische Natur. Und wenn wir uns erinnern, dass die Mutter unserer Patientin an einem cariösen Processe der Nasenbeine, dieses Lieblingsortes der syphilitischen Erkrankungen litt, so wird die Vermuthung über das Vorhandensein von Syphilis bei unserer Pat. unwiderlegbar. Auf Grund dessen wurde auch bei unserer Pat. Syphilis hereditaria diagnosticirt. Die Kranke wurde einer strengen syphilitischen Behandlung unterzogen, die in der äusserlichen Anwendung des Mercurs und innerlichem Gebrauche von Kalium jodatum bestand (traitement mixte). Der Effect einer solchen Behandlung hat unsere Erwartungen übertroffen. Die Gesundheit

unserer Patientin besserte sich von Tag zu Tag, die nächtlichen Knochenschmerzen nahmen ab, das Sehen klärte sich auf, und jetzt, nach Verlauf eines Monates, sehen Sie unsere Patientin vollkommen gesund, ihre Sehschärfe gänzlich hergestellt, die nächtlichen Knochenschmerzen spurlos verschwunden und die Patientin hat ein gesundes und blühendes Aussehen bekommen. Der Erfolg der Therapie ist ein glänzender. Derselbe bestätigte auch vollkommen unsere Vermuthung, dass eine angeborene syphilitische Diathese die ganze Schuld an dem Leiden unserer Patientin trägt.

Man kann daran nicht zweifeln, aber unser Fall bietet manche Eigenthümlichkeiten dar, welche zwar unsere Ueberzeugung über das Wesen der Krankheit nicht zu erschüttern vermögen, dennoch aber einige Zweifel über die Abstammungsquelle derselben aufkommen lassen können. Sie werden sich erinnern, dass unsere Patientin völlig gesund zur Welt kam, was sie auch bis zu ihrem 12. Lebensjahre blieb. Erst im 12. Lebensjahre erschienen bei ihr zum ersten Male die oben beschriebenen syphilitischen Krankheitserscheinungen, und was im höchsten Grade wichtig ist, in Form gummöser Geschwülste, d. h. in Form sogenannter tertiärer Affectionen, indem die primären und secundären Erkrankungsformen völlig vermisst wurden. Diese Eigenthümlichkeiten veranlassen mich, Ihnen dies Alles auseinanderzusetzen, was über die späte Manifestirung der hereditären Syphilis, die sogen. Syphilis hereditaria tarda, bekannt geworden ist.

Es gab eine Zeit, als man an die Erblichkeit der Syphilis nicht glaubte. Das war eben diejenige Zeit, als die Hunter'sche Theorie vorherrschend war, nach welcher nur das primäre syphilitische Geschwür (Ulcus primarium) die Ansteckungsfähigkeit besitzen sollte, die secundäre Syphilis aber diese Fähigkeit nicht inne hätte. Aber genaue klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen haben diese phantastischen Vorstellungen über Syphilis zerstreut und ihre Uebertragung auf dem Wege der Vererbung ist jetzt ausser Zweifel gestellt. Man hat mit Bestimmtheit nachgewiesen: a) dass ein Vater, der sogar an latenter Syphilis leidet, dieselbe auf die Frucht übertragen und gleichzeitig auch die Mutter inficiren könne; b) dass die Mutter manchmal vollkommen gesund bleiben könne, manchmal aber durch wiederholte Schwangerschaft

auch sie mit inficirt werde (choc de retour). In den meisten Fällen gehen die von der Syphilis betroffenen Kinder entweder schon im Mutterleibe zu Grunde, als Folge dessen häufig Aborte vorkommen, oder bald nachdem sie zur Welt gekommen sind. Werden sie aber für eine längere Zeit lebensfähig geboren, so entwickeln sich bei ihnen die syphilitischen Erscheinungen im Laufe der ersten sechs Lebensmonate. Vater wie Mutter können im gleichen Masse die Fähigkeit besitzen, dies traurige Erbstück den Kindern zu Theil werden zu lassen.

Diese Schlüsse, die auf strengen klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtungen begründet sind, schienen in der Frage über die Vererblichkeit der Syphilis ein entscheidendes und endgiltiges Wort der Wissenschaft zu sprechen. Aber im Verlaufe der Zeit sind in der Literatur Beobachtungen gesammelt worden, die augenscheinlich dafür sprechen, dass die angeerbte Syphilis auch in einem späteren Lebensalter sich manifestiren könne.

Massa[1]) führt Beispiele an drei Kindern an, bei denen die Symptome der Syphilis zwischen dem 3. und 11. Lebensjahre sich zeigten. Stoll[2]) berichtet über zwei 10 und 11 Jahre alten Schwestern, bei denen man Exostosen und Periostiten bemerkte, die einer syphilitischen Behandlung gewichen waren. Cazenave citirt zwei Fälle von einem 11 und einem 18jährigen Mädchen, die an einem tuberculösen und serpiginösen Syphilide litten, bei denen man jedoch keine Spuren einer acquirirten Syphilis entdecken konnte. Trousseau[3]) hatte Gelegenheit einen Kranken von seinem 7. bis zum 20. Lebensjahre zu beobachten; bei diesem Kranken bemerkte man im Verlaufe einer langen Zeit nächtliche Knochenschmerzen und im 20. Lebensjahre entwickelten sich bei ihm Exostosen und Geschwüre am Rachen; diese Erscheinungen sind unter der Einwirkung einer syphilitischen Behandlung geschwunden. Sigmund[4]) veröffentlichte vier Fälle von später angeerbter Syphilis, die sich durch Affectionen der Knochen und Knorpel und durch tuberculöse Neubildungen im Unterhaut-

[1]) Aphrodisiacus. B. I. S. 42.
[2]) Ratio medendi Th. III. S. 232 u. 233.
[3]) Gazette des Hôpitaux 1875 S. 497.
[4]) Zeitschr. d. Gesellsch. Wiener Aerzte 1858 Nr. 5.



bindegewebe kund gaben. Ricord beobachtete bei zwei Brüdern eine Affection des harten und weichen Gaumens, die gewöhnlich nur der Syphilis eigen ist; diese beiden ziemlich bejahrten Leute (einer 49 und der andere 44 Jahre alt) hatten nie eine erworbene Syphilis gehabt. Hierher gehören auch die Fälle von Hoffmann[1]), Sperino[2]), Balling[3]) u. A. Auf Grund dieser Beobachtungen ist in der Wissenschaft die Lehre von der später angeerbten Syphilis (Syphilis hereditaria tarda) entstanden. Hutchinson's Arbeit über eine eigenthümliche Erkrankung der Cornea bei Kindern, die von Eltern abstammten, welche einst an Syphilis litten, hat dieser Lehre einen festen Stützpunkt gegeben. Aber dessen ungeachtet hat sie noch bis jetzt denjenigen Ehrenplatz in der Syphilidologie nicht eingenommen, wie sie es in Anbetracht ihrer grossen theoretischen und praktischen Wichtigkeit verdient. Gegen die oben angeführten Beobachtungen sind Einwürfe erhoben worden, die ihren wissenschaftlichen Credit beeinträchtigt haben. Der Haupteinwurf war der, dass in den angeführten Fällen der Gesundheitszustand der Eltern der betreffenden Kranken gar nicht berührt wurde, dass die pathologischen Processe in diesen Fällen an und für sich noch nicht durchaus für Syphilis sprechen: die Leiden der Knochen und des Rachens könnten auch von anderen Ursachen abhängig gewesen sein. Und wenn es auch zweifellos sich um Syphilis handelte, so fehlte der Nachweis der Heredität derselben. Ein eben solches strenges kritisches Verfahren wurde auch von v. Bärensprung gegen die Hutchinson'sche Arbeit angewendet.

Unserer Klinik war es gelungen, durch die Publication zweier Fälle, die im Jahre 1873 beobachtet wurden, den Forderungen der Kritik zu entsprechen und der Lehre über die später angeerbte Syphilis denjenigen Platz in der Wissenschaft zu verschaffen, der ihr so lange Zeit streitig gemacht worden war.

---

[1]) Naturae curiosorum ephemerid. Centuria 1 et 2, Francfurti et Lipsiae 1717. Beob. 136. S. 272.

[2]) La Syphilation étudiée comme méthode curative et comme moyen prophylactique etc. Paris 1856 (eine Uebersetzung aus dem Italienischen).

[3]) Ueber angeborene und erbliche Syphilis S. 129.



Der erste dieser Fälle betrifft ein 23jähriges, äusserst abgemagertes, kachectisches Mädchen, welches in der Entwicklung so zurückgeblieben ist, dass sie den Eindruck eines zwölfjährigen Individuums gemacht hat. Die Hautoberfläche zeigte keine Spuren eines Exanthems oder irgend welche Verletzung; ebenso verhielten sich die sichtbaren Schleimhäute. Die Brustorgane waren normal, die Leber und die Milz dagegen bedeutend vergrössert und zeigten sich bei der Palpation hart und glatt und leicht schmerzhaft. Der Harn enthielt Eiweiss und hyaline Cylinder in unbedeutender Menge. Die Körpertemperatur war normal. Patientin hat sich nie einer vollkommenen Gesundheit erfreut, obgleich sie auch nie an irgend welcher Krankheit gelitten hat. Die Eltern der Patientin sind schon lange todt. Dieselbe gibt an, dass der Vater an Fussgeschwüren gelitten habe. Auf Grund der Befunde, die die Untersuchung der Patientin ergeben hat, schien die Diagnose einer amyloiden Degeneration der Leber, Milz und Nieren, die sich auf einem syphilitischen Boden entwickelte, am gerechtfertigsten zu sein; aber bald nachher zeigten sich an der Leber leicht höckerige, schmerzhafte Indurationen die nach kurzem Bestande allmälig wieder verschwanden, wobei gleichzeitig die Leber selbst schnell zu atrophiren anfing. Aus diesem Grunde wurde die Diagnose Syphilis visceralis und dazu hereditaria tarda gestellt. Die Kranke starb unter den Erscheinungen eines ausgesprochenen Marasmus. Die Section zeigte, dass die Diagnose an der Lebenden richtig war. An der Leiche fand man eine ausgedehnte Anlöthung der Leber an das Zwerchfell. Die Leber selbst stellte sich lappig dar (Hepar lobosum). In einem der Läppchen fand man eine frische gummöse Geschwulst. Die Leber und Milz fand man amyloid entartet. Der Uterus war in einem rudimentären Zustande.

Der zweite Fall wurde an einem abgezehrten, schwächlichen und kachectischen Knaben von 13 Jahren beobachtet. Von seiner Kindheit auf war Patient stets kränklich, ohne mit irgend einem bestimmten Leiden behaftet gewesen zu sein; Hautausschläge, Geschwüre oder irgend welche Knochenaffection wurde niemals beobachtet. Gegen das 13. Lebensjahr wurde sein Gesundheitszustand wesentlich verschlimmert. Er bekam eine ausgesprochene anämische Gesichtsfarbe, seine Kräfte nahmen von Tag zu Tag ab und an den Beinen zeigte sich ein leichtes Oedem. Patient fing nun an über drückenden



Schmerz in den Hypochondrien, Uebelkeit und Diarrhöe zu klagen. In diesem elenden Zustande wurde Patient nach der Klinik gebracht. Die physiologische Untersuchung, die an ihm vorgenommen wurde, ergab normale Verhältnisse an den Brustorganen. Die Leber zeigte sich stark vergrössert, von höckerigen schmerzhaften Geschwülsten besetzt, davon manche deutlich fluctuirten. Die Milz war ebenfalls vergrössert, der Urin blass und enthielt eine geringe Menge Eiweiss. Gegen Abend war eine leichte Fieberbewegung bemerklich. Ohne zu schwanken haben wir sofort die Diagnose: Syphilis hereditaria tarda gestellt. Dies wurde noch mehr durch den Umstand begründet, dass der Vater des Patienten deutliche Spuren vorausgegangener Syphilis an sich trug. Um das Frenulum befand sich eine resistente pigmentirte Narbe, auch am Körper waren bei ihm einige sternförmige Narben bemerklich. Ausserdem klagte er über Knochenschmerzen, die sich zur Nachtzeit einstellen sollten. Nach einem einmonatlichen Aufenthalt in der Klinik ist Patient an acuter Pleuritis gestorben.

Die Autopsie hat unsere Diagnose vollkommen bestätigt. Die Leber war an das Diaphragma, Magen und Dickdarm angelöthet und der Art verändert, dass dieselbe als Muster einer syphilitischen Leberaffection dienen konnte. Ausser ihrem lappigen Baue zeigte dieselbe mehrere gummöse Knoten, die theilweise in Erweichung übergegangen waren. Milz und Nieren gaben eine deutliche Amyloidreaction.

Es war nun von Interesse zu erfahren, wie sich das übrige, nicht afficirte Leberparenchym verhalten möchte. Zu diesem Zwecke wurden in beiden Fällen die anscheinend nicht afficirten Partien der Lebersubstanz zerkleinert, das Blut ausgewaschen, mit 80 %igen Alkohol behandelt und an eine warme Stelle gesetzt, dann zum Sieden erhitzt und die Flüssigkeit filtrirt. Das Filtrat wurde nun zur Trockene verdampft, in heissem 90 %igen Alkohol gelöst, wieder filtrirt und das Filtrat mit einer frisch bereiteten alkoholischen Kalilösung versetzt. Wenn die normale Leber auf diese Weise behandelt wird, so bekommt man einen reichlichen flockigen Niederschlag von Kalisaccharat. In unseren beiden Fällen kam nur eine schwache Trübung zum Vorschein, was für eine stark alterirte Function der Leber spricht.

Nachdem diese mitgetheilten Beobachtungen publicirt worden waren (Med. Wjest. Nr. 45—46 1873), wurde ich zu einer Patientin,



einer 18jährigen Schülerin eines Mädcheninstituts, eingeladen, die mit Knochengeschwülsten und Geschwüren an den Unterschenkeln behaftet gewesen war. Patientin hatte lange Zeit Leberthran, ein antiscrophulöses Decoct und Salzbäder genommen, aber ohne jeglichen Erfolg. Bei der Untersuchung fand ich einige Hyperostosen an den Rippen, die sich als Geschwülste von Wallnussgrösse erkennen liessen. Aehnliche Knochenneubildungen fanden sich auch an den Schlüsselbeinen. Der Radius der rechten Seite war stark verdickt; an den Unterschenkeln, 6 Centim. unterhalb des Kniegelenkes, tiefe runde Geschwüre mit schmutzig-speckigem Boden; im rechten Kniegelenk eine hydropische Flüssigkeitsansammlung. Die Halslymphdrüsen waren mässig vergrössert. Die inneren Organe waren normal befunden. Patientin klagte über zur Nachtzeit sich einstellende Dolores osteocopi und Schmerzhaftigkeit des rechten Kniegelenkes. Bis zu ihrem 12. Lebensjahre war Patientin vollkommen gesund und weiss sich keiner Krankheit ausser überstandenen Masern und Scharlach zu erinnern. Das jetzige Leiden hat erst im 12. Lebensjahre begonnen.

Das Krankheitsbild war in unserem Falle ein zu charakteristisches, als dass die Diagnose irgend welche Schwierigkeit bieten könnte. Wir haben es ohne Zweifel mit Syphilis und zwar mit der sogenannten tertiären Form derselben zu thun. Nun war es unsere Aufgabe die Quelle dieses Leidens aufzufinden, was auch leicht gelungen war. Der Vater der Patientin soll nach Angaben der Mutter derselben ein ausgesprochener Syphilitiker gewesen sein. Patientin wurde nun einer antisyphilitischen Cur unterzogen, und die vermeintliche Scrophulose, gegen welche mit den verschiedenen antiscrophulösen Mitteln vergebens angekämpft worden war, verschwand ganz unter dem Einflusse der genannten Therapie.

In meiner ambulatorischen Privatpraxis hatte ich Gelegenheit nach einen Fall zu beobachten, der hierher gehört. Es war ein 19jähriger junger Mann mit einer Periostitis, mit einem tuberculösen Syphilid und gummösen Geschwüren im Rachen. Patient hatte niemals acquirirte Syphilis gehabt, sein Vater aber hatte das Unglück, vor seiner Verheiratung von dieser Krankheit inficirt worden zu sein.

Wenn wir nun zu den aufgezählten Fällen noch den gegenwärtigen Fall hinzurechnen, so haben wir zusammen 5 Fälle, bei denen nicht nur das Vorhandensein von Syphilis constatirt, sondern



auch ihre Erblichkeit zur Evidenz nachgewiesen worden ist. In Anbetracht dessen wird es wohl kaum mehr erlaubt sein, an der Existenz einer tardiven hereditären Syphilis zu zweifeln.

Jetzt kommt, meiner Meinung nach, eine andere nicht minder wichtige Frage an die Reihe, welche die Wissenschaft zu beantworten hat, nämlich: wie weit kann die Syphilis in descendirender Richtung von Geschlecht zu Geschlecht fortgepflanzt werden? In welcher Gestalt kommt dieselbe an den Enkeln und Urenkeln eines Syphilitikers zum Vorschein?

Erlauben Sie mir auf eine kurze Zeit diese Frage bei Seite zu lassen, um mit ein paar Worten eines Umstandes zu gedenken, den ich fast ausser Acht gelassen habe. Die Wissenschaft hat, wie sie wissen, für die Syphilis einen Zeitraum von 3—5 Wochen als Incubationsstadium festgesetzt. Vielleicht taucht bei Jemand von Ihnen die Frage auf, wie können doch bei der Syphilis hereditaria tarda ganze Jahrzehnte vorbeigehen, ohne dass das angeerbte Gift seine Wirkung äussert? Um dies zu beantworten, will ich auf das, meiner Meinung nach, sehr wichtige Factum hinweisen, dass in allen beschriebenen Fällen von Syphilis hereditaria tarda dieselbe sich in der sogenannten tertiären Form manifestirt hat; und bekanntermassen kann bei der acquirirten Syphilis ein Zwischenraum von Jahrzehnten zwischen den primären und tertiären Krankheitserscheinungen verflossen sein. Aus diesem Grunde ist die Syphilis hereditaria tarda nicht nur durch ihr spätes Erscheinen, sondern auch dadurch markirt, dass sie sich in Form einer inveterirten Syphilis mit den sogen. tertiären Erscheinungen geltend macht.

Wir wollen nun zu der alten Frage zurückkehren.

Die Literatur gibt uns keine Anhaltspunkte zu Lösung derselben; die alten Aerzte haben durch ihren wissenschaftlichen Instinkt die ungeheure Verbreitung der Syphilis vorausgeahnt, indem sie folgende Regel aufgestellt haben: in omnibus morbis tenacibus suspicanda est lues venerea. Ich besitze auch nicht das nöthige Material, um auf die Frage eine genügende Antwort zu geben. Ich halte es nun für angemessen an dieser Stelle einen Fall mitzutheilen, den ich vor zwei Jahren in der Klinik beobachtet habe. Der Fall war folgender: In unsere Klinik trat ein 13jähriges Mädchen ein, bei dem alle vier Extremitäten gelähmt waren, so



dass sie der Herrschaft über ihre Hände völlig verlustig war. In den Beinen blieb noch eine schwache Bewegungsfähigkeit nur bis zur Ferse erhalten. Patientin war weder aufzustehen noch zu sitzen im Stande. Der Kopf war krampfhaft nach der rechten Seite contrahirt. Die Blase und der Sphincter ani waren nicht gelähmt; das Kauen und Schlingen waren nicht erschwert, das Athmen ebensowenig. Die Empfindungsfähigkeit war in den gelähmten Theilen herabgesetzt, die elektro-musculäre Erregbarkeit erhalten. Die Krankheit hat sich allmälig entwickelt, nachdem Schmerzhaftigkeit am Halse und Hinterhaupte dieselbe eingeleitet haben. Die inneren Organe waren intact, die Ernährung gut. Nur der zweite Halswirbel war vergrössert, resistent, im Zustande der Hyperostose und ein wenig schmerzhaft bei Druck. Derselbe war auch augenscheinlich Ursache der Extremitätenlähmung. Eine solche Affection des Wirbels, ohne nachweisbaren Grund, setzt nothwendiger Weise eine innere pathogenetische Ursache, resp. eine verborgene Diathese voraus. Im Kindesalter wird die Spondylitis am häufigsten durch Scrophulose bedingt. Aber eine solche Spondylitis scrophulosa trägt mehr den Charakter einer destructiven Entzündung an sich und manifestirt sich eher in Form eines cariösen Processes; die productive Entzündungsform dagegen, die sich in Form von Hyperostosen äussert, kommt eher der Syphilis zu. Nun waren aber alle Bemühungen, die nach dieser Richtung hin angewandt wurden, um die Diagnose „Syphilis" zu begründen, erfolglos geblieben. Am Körper konnten keine Narben als Residuen eines vorausgegangenen Verschwärungsprocesses, Hyperostosen oder Exostosen am übrigen Skelete aufgefunden werden.

Der Vater der Patientin, ein intelligenter Mann, der die Trageweite der an ihn gestellten Fragen wohl verstand, versicherte, niemals an Syphilis gelitten zu haben. Die Mutter der Patientin, eine kräftige und wohlgenährte Frau, hat dieselbe selbst gestillt. Ohne auf diese negativen Resultate Rücksicht zu nehmen, beschloss ich doch, es in unserem Falle mit einer specifischen Cur zu versuchen. Unter dem Einflusse derselben fing die Wirbelgeschwulst an merklich zu schwinden, und damit zugleich auch die Lähmungserscheinungen. Nach zwei Monaten war Patientin von ihrem Leiden völlig befreit. Der Fall blieb mir räthselhaft bis nach Ablauf eines Jahres, als ich eines Tages den Vater der Patientin traf, der nach Charkow



gekommen war, um gegen die bei ihm acut aufgetretene Amblyopie Hilfe zu suchen. Diese Sehstörung war, wie ich nachträglich von Prof. Hirschmann erfuhr, der denselben in Behandlung hatte, durch eine beiderseitige Retinitis bedingt, die dann nach dem Sublimatgebrauche rasch wieder verschwand. Dieser Umstand hat nun einiges Licht auf das Leiden der Tochter geworfen. Ich glaube mich darauf hin berechtigt, die Gesichtsstörung des Vaters sowie auch die Wirbelhyperostose der Tochter als durch ein und dasselbe Moment bedingt zu betrachten, nämlich durch Lues, deren Ursprung bis zum Grossvater oder selbst noch weiter bis zu den Vorahnen der Patientin hinauf reichen möchte.

Meine Herren! Ich bin weit entfernt davon, die Trageweite der mitgetheilten Thatsachen zu überschätzen; mögen sie doch aber immerhin als der erste Versuch gelten, die Syphilis nicht an Individuen, sondern an Geschlechtern zu studiren. Auf dieser nun betretenen Bahn des Studiums der Syphilis werden ohne Zweifel Facta gesammelt werden, die von hoher Bedeutung für die Wissenschaft und die Menschheit sein werden. Es gibt Familien, die mit allem Rechte als pathologische bezeichnet zu werden verdienen. Die Glieder dieser Familien bieten die mannigfaltigsten Krankheitsformen dar; das eine leidet an Epilepsie, das andere an progressiver Muskelatrophie, das dritte ist mit einer Geistesstörung und das vierte mit Lungenschwindsucht behaftet etc. Wenn Sie nun die Frage aufwerfen, was für eine Krankheitsursache doch in so mannigfaltiger Weise ihre Wirkung äussern könne, so antwortet Ihnen die Pathologie: die Syphilis, eine Krankheit, die nach dem trefflichen Ausspruche eines französischen Autors: „agit sur le possible, tue ce qui n'existe point encore et ne cesse de veiller sur les sources de la vie pour les apauvrir et les souiller."

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Dermatologie.

1. **Arnstein.** Die Nerven der behaarten Haut. (Wiener akadem. Sitzungsb. LXXIV. S. 1—30. — Ctlbl. f. d. m. W. Nr. 44, 1877.)
2. **Luchsinger.** Neue Versuche zur Lehre von der Schweisssecretion, ein Beitrag zur Physiologie der Nervencentren. (Pflüger's Archiv für Physiologie. Band XIV. Heft 8 und 9. 1877.)
3. **Nawrocki.** Zur Innervation der Schweissdrüsen. (Ctrbl. f. d. med. W. Nr. 1 u. 2. 1878.)
4. **Luchsinger.** Die Schweissnerven für die Vorderpfote der Katze. (Ebenda Nr. 4. 1878.)
5. **Luchsinger.** Die Wirkungen von Pilocarpin und Atropin auf die Schweissdrüsen der Katze. (Pflüger's Archiv XV. 1877.)
6. **Nawrocki.** Einwirkung des Pilocarpinum muriaticum auf den thierischen Organismus. (Ctlbl. f. d. med. W. Nr. 6, 1878.)
7. **Luchsinger.** Nachträgliche Bemerkungen zur Physiologie der Schweissecretion. (Ebenda Nr. 9, 1878.)
8. **v. Wittich.** Resorption durch die Haut bei Fröschen. (Ctrbl. f. d. med. W. Nr. 3. 1878.)
9. **Senator.** Wie wirkt das Firnissen der Haut bei Menschen? (Virchow's Archiv. LXX. Juni 1877.)

Um Uebersichtsbilder der Hautnervenvertheilung an der Maus zu erhalten, verfuhr Arnstein (**1**) folgendermassen: Er enthäutete das eben getödtete Thier und legte die Haut auf 24 Stunden in eine $^1/_2$procentige Essigsäurelösung; die Hornschicht der Epidermis lässt sich dann mittelst Pincette oder Pinsels leicht abstreifen; will man auch die tieferen Epithellagen entfernen, so genügt ein vor-



sichtiges Abschaben mit einem Staarmesser oder Scalpell. Darauf wird die Haut mit Nadeln ausgespannt und das gequollene subcutane Bindegewebe mittelst flacher Scheerenschnitte abgetragen. Lässt man auf die so präparirte Cutis Osmiumsäuredämpfe durch einige Stunden einwirken und schliesst sie dann in eine kalkgesättigte Lösung von Kali aceticum ein, so erhält man Präparate, die glasig sind, während die myelinhaltigen Nerven und die Talgdrüsen der Haare tintenschwarz erscheinen. Die Kerne und die protoplasmatischen Gebilde erscheinen strohgelb, das gequollene Bindegewebe bleibt farblos und durchscheinend. Sorgt man dafür, dass ein Theil des subcutanen Bindegewebes in Verbindung mit der Cutis bleibt, indem man nur die tiefer gelegene fetthaltige Schicht entfernt, so kann man die gröberen Nervenstämmchen und die Plexusbildungen im Zusammenhange studiren und ihre Beziehungen zu den Haaren aufdecken. Bei stärkerer Vergrösserung kann man auch die nackten Axencylinder verfolgen, indem man die myelinhaltigen Nerven als Ausgangspunkte nimmt. Diese Präparate können mittelst der Chlorgoldmethode controllirt werden, das Epithel muss jedoch vorher entfernt werden. A. versuchte daher das von Rollett zur Maceration der Epithelien empfohlene Kalkwasser mit der Chlorgoldbehandlung zu combiniren, was auch gelang. Die Haut wird auf 24 Stunden in Kalkwasser gelegt, die Hornschicht löst sich dann leicht ab und auch die tieferen Schichten können mit dem Scalpell leicht abgeschabt werden. Nachdem die Haut im Wasser abgespült ist, wird sie in Stücke geschnitten, die höchstens 1 Cent. im Quadrat messen und auf 5 Minuten in eine $^1/_4$ procentige Chlorgoldlösung gelegt. Die Reduction tritt unter solchen Bedingungen viel rascher und vollständiger ein, als bei den sonst üblichen Methoden der Vergoldung. Die grossen Stämmchen färben sich nach 2—3 Minuten und zwar werden sie nicht violett, sondern braun, und das ganze Hautstück bekommt einen Stich in's Bräunliche. Diese Nuance ist ein sicheres Zeichen, dass die Durchtränkung eine vollständige ist; das Präparat wird in destillirtem Wasser der weiteren Reduction überlassen. Nach 24 Stunden ist letztere vollendet. Das Hautstück ist intensiv violett und erscheint unter dem Mikroskop durchsetzt von einem körnigen Niederschlag, der in einer $^1/_4$ procentigen Cyankalilösung schwindet, wenn man mit dem Pinsel das Präparat etwas energisch bearbeitet. Nun wird letzteres auf 24 Stunden in absoluten Alkohol gelegt, darauf in Nelkenöl aufgehellt und in Damarlack eingeschlossen. Die



Reduction ist immer eine vollständige, häufig tritt Ueberfärbung ein, die man jedoch leicht vermeiden kann, wenn man schwächere Lösungen benützt oder die 1/4 procentige Lösung kürzere Zeit einwirken lässt. In gelungenen Fällen (weitaus die grössere Zahl) erscheint das Bindegewebe vollkommen farblos, dagegen werden alle Kerngebilde schön purpurroth, so dass das Präparat bei geringer Vergrösserung wie gesprenkelt aussieht; das Zellprotoplasma ist farblos, oder hat einen Stich in's Rosarothe. Die Nerven erscheinen dunkel braunroth, die Myelinscheide ist körnig; die Körnchen können durch intensivere Behandlung mit Cyankali zum Verschwinden gebracht werden, so dass die purpurrothen Axencylinder mit der Schwann'schen Scheide, deren Kerne auch gefärbt sind, übrig bleiben. Sieht man von den gefärbten Nerven ab, so glaubt man ein carminisirtes Präparat vor sich zu haben. Es ist somit klar, dass durch die vorhergehende Kalkwasserbehandlung die Wirkung des Chlorgoldes auf das Gewebe bedeutend modificirt wird; unvollständige Reduction oder diffuse Färbungen kommen nie vor. Legt man ein Stück der so präparirten Rückenhaut mit der Epithelfläche nach unten, so sieht man die gröberen Nervenstämmchen im subcutanen Bindegewebe einen weitmaschigen Plexus bilden. Aus diesem Plexus treten Zweige zu einem zweiten Plexus zusammen, der fast unmittelbar unter der Cutis liegt. Von den Maschen des secundären Plexus zweigen sich myelinhaltige Nervenfasern ab, die sich direct zu den nächst gelegenen Haaren begeben. Auf diesem Wege theilen sie sich, anastomosiren zum Theil untereinander und verlieren in der nächsten Nähe des Haarbalges ihre Myelinscheide. Die Haare werden somit von Nerverfasern versorgt, die sich von dem secundären Plexus abzweigen, um nach kurzem Verlauf in dem Raume zwischen Haarbalg und Talgdrüsen zu verschwinden. Abgesehen von diesen für die Haare bestimmten Nervenfasern lösen sich von den Stämmchen zweiter Ordnung Fasern ab, die nicht zu den Haaren gehen, sondern nach kürzerem oder längerem Verlauf ihre Myelinscheide verlieren und in der Cutis ein Netz blasser Fasern bilden. Am Mäuseschwanz treten an jedes Haar zwei Stämmchen. Am Mäuseohr treten aus dem Grundplexus dünne, aus 2—4 Fasern bestehende Stämmchen, die sich zu einem zweiten Plexus vereinigen; dieser liegt tiefer als der erste (d. h. der Epithelfläche näher) und besteht grösstentheils aus rundlichen Maschen, aus denen die für Haare, die Cutis und das Oberflächenepithel bestimmten Nervenfasern entspringen. In



beiden Plexus kommt es zu einer innigen Durchflechtung aller von den Nervenstämmen sich abzweigenden myelinhaltigen Nervenfasern. Die Axencylinder theilen sich gewöhnlich vielfach dort, wo sie ihre Myelinscheide verlieren, durchsetzen den Haarbalg und strahlen in die Glashaut aus. Man bemerkt ferner an Haaren, an denen die Wurzelscheide und die Talgdrüsen mehr oder weniger erhalten sind, Nervenfasern, die nicht direct den Haarbalg durchsetzen, um an die Glashaut zu treten, sondern sich in den Hals der Talgdrüsen einsenken. Von hier aus kann man sie häufig einerseits bis in die Talgdrüsen, andererseits bis in diejenige Partie der Wurzelscheide verfolgen, die ungefähr in einer Ebene mit den Ausführungsgängen der Talgdrüsen liegt. A. deutet die an der Glashaut frei endigenden Nervenfäden als specifische Tastnerven, und bringt die in der Wurzelscheide und in den Talgdrüsen gelegenen Nervenendnetze mit denen des Rete Malphigii unter einen Gesichtspunkt; als das Gemeingefühl vermittelnde. Die bekannten Langerhans'schen intraepithelialen Körperchen hält A. für Wanderzellen. Er hat sie durch die Application eines geringen Entzündungsreizes auf die Haut in grosser Zahl vervielfältigen können.

Versuche, welche Luchsinger (2) an Katzen angestellt hat, machen die Abhängigkeit der Schweisssecretion von nervösen Erregungen (Nerven waren bisher in den Schweissdrüsen nicht nachgewiesen) wahrscheinlich. Katzen beginnen unter gewissen Bedingungen an den haarlosen Stellen ihrer Pfoten auf's deutlichste zu schwitzen. Hat man aber vorher einen N. ischiadicus durchschnitten, so tritt jetzt das Schwitzen nur an den drei gesunden Pfoten ein und bleibt vollkommen aus auf der Seite mit durchschnittenem Nerven. Auch die Unterbindung der entsprechenden V. iliaca ändert daran nichts. Dagegen ist auf der operirten Seite immer noch Schweiss hervorzurufen durch directe Reizung des durchschnittenen Nerven und gelingt dieser Versuch sogar noch (in den ersten 15—20 Minuten) nach der Amputation des Beines. Dieses Schwitzen dauert so lange, als die Nervenreizung.

Damit sind Anschauungen, welche das Schwitzen als blossen Filtrationsvorgang betrachten, nach dem Verf. unhaltbar geworden. Ebenso reicht die Vermuthung, das durch Nervenaufregung ausgelöste Schwitzen sei eine blosse Excretion schon vorher gebildeten



Schweisses, nicht zu befriedigender Erklärung aus. Das Schwitzen ist vielmehr eine echte Secretion und direct gebunden an die Erregung bestimmter Secretionsnerven — der Schweissnerven. Verf. suchte nun den Ort der Centren dieser Schweissnerven, deren Erregungsweisen, sowie die Bahnen der Schweissfasern für die Hinterpfote. Durchschneidet man das Rückenmark in der Mitte des Brustmarks und versetzt dann die Thiere in Schweiss, so schwitzen sie an Vorder- und Hinterpfoten, es wird aber der Schweiss für immer an den Hinterpfoten sistirt, sowie man den hinteren Rückenmarksabschnitt mit einem Dorn gänzlich zerstört hat. In diesem Abschnitt liegen also die Schweisscentren der Hinterpfote. Aber die Schweissnerven verlaufen nun nicht etwa in den gleichen Bahnen wie die Muskel- und Sinnesnerven der Pfote; sie stammen nicht aus dem Plexus sacralis, sondern sie verlaufen im Bauchstrang des Sympathicus, gesellen sich dem N. ischiadicus also erst später zu. In den Bauchstrang des Sympathicus gelangen aber die Schweissfasern aus den vier ersten vorderen Wurzeln des Lendenmarks, sowie aus den zwei bis drei letzten Wurzeln des Brustmarks. Erst wenn alle diese Fasern durchschnitten sind, geräth die betreffende Pfote nicht mehr in Schweiss, während Reizung jeder einzelnen Faser recht wohl Schweiss hervorzurufen im Stande ist.

Auch auf einfach reflectorischem Wege hat Verf. Schwitzen bei Menschen und Thieren beobachtet. Genuss von Pfeffer liess bei einem Collegen unmittelbar grosse Schweisstropfen auf Stirn und Nasenrücken erscheinen. Von Aenderungen der Blutmischung hat Verf. Dyspnoë, Erhitzen der Thiere, Vergiftung mit Nicotin mit positivem Resultate untersucht. Um Angstschweisse auszuschliessen, sind obige Versuche durchgehends an Thieren angestellt, deren Schweisscentren vom Grosshirn getrennt waren, also nach Durchschneidung des Rückenmarks, Exstirpation des Grosshirns, Abtödtung desselben mittelst Unterbindung der vier Halsarterien. Die Hinterpfoten gerathen nach jenen Eingriffen auch noch in Schweiss, wenn sämmtliche hintere Wurzeln des hintern Markabschnitts vorher durchschnitten, die Schweisscentren vor sensibeln Eindrücken geschützt waren. Es konnte sich also nur um directe, nicht um Reflexwirkungen gehandelt haben.

An die Versuche von Luchsinger schliessen sich weitere Versuche, welche Nawrocki über denselben Gegenstand angestellt hat (3).



Er durchschnitt nämlich das Rückenmark zuerst am 4. oder 3. Lendenwirbel. Wurde das Thier erwärmt, so schwitzten die Hinterpfoten. Dies bestätigte zunächst Luchsinger's Angabe, dass die Schweissfasern für die Hinterpfoten einem höher gelegenen Abschnitte des Rückenmarks entstammen. Darauf führte Vf. den Schnitt am 10. Brustwirbel aus; beim Erwärmen blieben die Hinterpfoten trocken, während die Vorderpfoten reichlich schwitzten. Demnächst wurden Durchschneidungen am 9., 7. und 5. Brustwirbel ausgeführt; der Erfolg im Brütofen und bei Behinderung der Athmung war derselbe; die Hinterpfoten blieben trocken, die Vorderpfoten sonderten reichliche Schweisstropfen ab.

Sowie der Schnitt am 3. Brustwirbel ausgeführt wurde, blieben sowohl beim Erwärmen als auch bei Inhibirung der Athmung Vorder- und Hinterpfoten trocken. Dasselbe Resultat erhielt Vf. beim Erwärmen. wenn der Schnitt am 5. Halswirbel ausgeführt wurde, sowie bei Behinderung der Athmung, wenn der Schnitt am 2. oder 1. Halswirbel gemacht war. Diese Versuche führten ihn also zu der Ueberzeugung, dass es ein gemeinschaftliches Schweisscentrum für Vorder- und Hinterpfoten in der Medulla oblongata gebe, ferner dass die Schweissfasern für die Vorderpfote zwischen 5. und 3. Brustwirbel das Mark verlassen. Sie mussten also im Bruststrang des Sympathicus enthalten sein, welche Annahme auch durch directe Versuche am Brustsympathicus erhärtet wurde.

Luchsinger (4) behauptet dagegen, dass ein solches Centrum, wie es Nawrocki im verlängerten Mark annimmt, nicht existire. Die Schweissfasern der Vorderpfoten stammen, wie jene der Hinterpfoten, aus dem Rückenmark. Sie verlassen dasselbe nicht mit den sensiblen und motorischen Fasern des Beines, sie verlaufen vielmehr genau gleich wie die entsprechenden Gefässnerven (Schiff, Cyon) durch die Bahnen des Sympathicus. Durchschneidet man einer Katze den Grenzstrang unter dem Sternganglion, so ist auf der entsprechenden Vorderpfote weder durch Hitze noch Dyspnoë weiter Schweiss hervorzurufen. Reizt man unter passenden Bedingungen jene von hinten her in das Sternganglion führenden Fasern des Grenzstranges, so tritt dagegen wiederum Schwitzen auf der Vorderpfote ein. Von dem Sternganglion gelangen die Schweissfasern in mehreren Zweigen zum Plex. brachialis, die Fasern für die ulnare Seite



verlaufen weiter im N. ulnaris, jene für die radiale Partie im N. medianus.

Wenn Luchsinger (5) einer Katze mit durchschnittenem Ischiadicus am Oberschenkel, bei welcher auf Reizung des peripheren Nervenendes Schweissabsonderung der bezüglichen Pfote eingetreten war, 0·01 Grm. Pilocarpin injicirte, so trat nach 2 Minuten Speichelfluss, nach 3 Minuten reichliche Schweisssecretion ein, auch an der operirten Pfote. Da diese Wirkung bei wiederholten Versuchen an demselben Thiere geringeres oder gar kein Resultat an der operirten Pfote zur Folge hatte, schliesst der Verf., dass Pilocarpin auf die Enden der Schweissnerven wirkt, welche einige Tage nach der Durchschneidung schon degenerirt sein dürften (I. u. II. Versuchsreihe). Doch haben (III. Versuchsreihe) Injectionen in die Jugularis nach durchschnittenem Halsmark, Unterbindung der Kopfarterien und Einklemmung der Bauchaorta Schweisssecretion an den Hinterpfoten bewirkt, was beweist, dass Pilocarpin auch central wirken kann.

Versuche mit Atropininjection nach Pilocarpin (V. Reihe jener Versuche) lehrten weiter, dass ein doppelseitiger Antagonismus zwischen beiden Mitteln in Betreff der Schweissabsonderung bestehe.

Nawrocki spricht sich (6) auf Grund von Versuchen, welche denen Luchsinger's analog waren, dahin aus, dass die Schweissnerven, die nicht mehr unter dem Einflusse des Centrums stehen, sehr bald ihre Erregbarkeit verlieren, dass aber die Wirkung des Pilocarpins eine entschieden periphere sei.

Luchsinger rectificirt in einer weiteren Note (7) die Behauptung Nawrocki's, als hätte er eine ausschliesslich centrale Reizwirkung des Pilocarpins auf die Schweissnerven angenommen, und beharrt auf der Annahme sowohl centraler als peripherer Wirkungsmöglichkeit des Pilocarpins.

Betreffs der Aufsaugung durch die unverletzte Haut hat v. Wittich (8) in Gemeinschaft mit Seeliger eine Reihe Versuche an Fröschen angestellt. In Anwendung kamen ein paar durch ihre physiologische Wirkung gekennzeichnete Gifte und eine möglichst starke Lösung von gelbem Blutlaugensalz. Die zu den Versuchen



benutzten Thiere waren vollständig unversehrt, sie wurden in der Rückenlage fixirt und ihnen alsdann mit einem feinen Pinsel die betreffende Lösung aufgetragen. Nach Eintritt der Wirkung wurde das Thier von seinen Banden befreit und unter einer Glasglocke oder auch ohne dieselbe beobachtet. Die giftige Wirkung ist eine ungemein schnelle, die Menge der wirksamen Masse eine äusserst geringe. So wurde vom Muscarin (Schuchardt) eine Messerspitze voll, welche dem Gewicht nach nicht ein volles Milligramm betrug, in die Schenkelhaut eingerieben. Vor dem Beginn des Versuches zeigte der Frosch 40 Pulsationen, 1 Minute nach der Einreibung 24, nach einer weiteren Minute Stillstand. Nach Verlauf einer halben Stunde pulsirte das Herz 1mal in 90 Secunden. Nach circa 2 Stunden kam auf 3 Minuten eine schwache Pulsation, der Kreislauf in der Schwimmhaut war ungemein träge, oft secundenlang absoluter Stillstand. Das Thier blieb regungslos auf dem Rücken liegen. Wurde ihm hierauf etwa 1 Cub.-Ctmtr. einer schwachen Atropinlösung auf die Haut gepinselt, so erholte sich das Herz trotz des trägen Kreislaufs wieder vollständig (36 Pulse in 1 Minute).

Ebenso wirksam erwies sich auch Strychnin, sowohl in wässeriger wie in ätherischer Lösung. Der so erzeugte Strychnin-Tetanus zeichnet sich durch seine lange Dauer aus. Ein Thier, dem wohl 1 Cub.-Ctmtr. (circa 0·003 Grm.) einer ätherischen Lösung des Alkaloids tropfenweise auf die Bauchhaut aufgetragen war, verfiel nicht nur sehr schnell in Tetanus, sondern verharrte auch ungemein lange darin. Noch am vierten Tage lag es dauernd im Starrkrampf, den jede noch so leise Erschütterung verstärkte. Einem anderen Thiere liessen die Vf. 2 Tropfen einer ätherischen Lösung (circa 0·1 Cub.-Ctmtr. = 0·0003 Grm. gelöst) auf die Bauchhaut fallen; auch dieses verfiel sehr bald in Tetanus und verblieb darin tagelang. Das gelbe Blutlaugensalz liessen sie durch eine Fliesspapierhülse auf eines der Hinterbeine einwirken. Nach einer halben Stunde wurde dieselbe entfernt, das Thier abgespült und in ein reines Gefäss gesetzt. Andern Tages wurde durch leichten Druck auf den Bauch die Blase entleert; das Secret färbt sich intensiv blau bei Zusatz von Eisenchloridlösung.

Die Aufnahmsfähigkeit durch die Haut der Frösche scheint Verf. somit unzweifelhaft erwiesen.



Nach Senator's Untersuchungen (9) ist die landläufige Annahme, dass die Störung der Hautthätigkeit, wie sie beim ausgedehnten „Ueberfirnissen" stattfindet, schwere Schädigungen des Organismus und den Tod herbeiführe, mit Sicherheit nur für Thiere bewiesen. Dass der Mensch solche Eingriffe anders und besser verträgt, gehe aus mancherlei alten Erfahrungen hervor (Gebrauch von Fetten, Theereinreibungen, Oelbädern zu therapeutischen und kosmetischen Zwecken; die Panzerbildung durch Schuppen und Borken bei Psoriasis, Ichthyosis, Eczema squamosum). Versuche jedoch, derartig die Functionen der Haut zu prüfen, seien bei Menschen noch nicht gemacht. Verf. hatte zu früheren Versuchen, die Haut des Menschen zu firnissen, Individuen im fieberhaften Zustande benutzt. Er ging dabei von der Beobachtung aus, dass bei Thieren schnelles Abfallen der Körpertemperatur zu den ersten und hervorragendsten Wirkungen des Ueberfirnissens gehört. Bei den neuen Versuchen wurde besonders Heftpflaster - Einwicklung, Bepinselungen mit Collodium gewählt. Es geht aus diesen Versuchen hervor, dass die Unterdrückung der Hautthätigkeit selbst eine Woche lang für den Menschen nicht nur kein tödtlicher, sondern auch kein krankmachender Eingriff ist. Von allen bedrohlichen Erscheinungen, welche z. B. Kaninchen und selbst grössere Thiere darbieten, wenn auch nur die Hälfte ihrer Hautoberfläche gefirnisst wird, war beim Menschen nichts zu bemerken. Ein Mal, aber nicht ganz sicher, wurde Zunahme der Harnmenge beobachtet. Während Verf. die bei ausgedehnten Bepinselungen mit Collodium früher beobachteten Temperatursenkungen durch die längere Entblössung des Körpers und die Verdunstung des Aethers erklärt, hat er bei seiner letzten Versuchsreihe diese Beobachtung nicht mehr gemacht. (Eine ganze Menge von höchst imposanten Schlüssen, welche die Pathologen auf die Firnissungserscheinungen gebaut haben, z. B. in der Lehre von den Verbrennungen u. s. w., fallen damit in den Brunnen. A.)

10. **Bulkley.** Ueber die Nomenclatur und Classification der Hautkrankheiten. (Am. Arch. of Derm. III. pag. 200, April 1877.)

11. **Hebra.** Ueber die Wirkung des Wassers auf die gesunde und kranke Haut. (Wiener med. Wochenschrift Nr. 1 und 2. 1877.)



12. **Winternitz**. Ueber die Wirkung des Wassers auf den gesunden und kranken Organismus. Offener Brief an Prof. Hebra. (Wiener med. Presse Nr. 5, 1877.)
13. **Hebra** jun. Ueber die Anwendung und Wirkung des continuirlichen Wasserbades. (Wiener med. Woch. Nr. 36, 37, 38 und 39, 1877.)
14. **v. Heusinger**. Ueber Chinin-Exanthem. (Berl. klin. Woch. Nr. 25, 1877.)
15. **Apolant**. Ueber Arznei-Exanthem (ebenda.)
16. **Fournier**. Ueber Purpura jodina (Jodisme pétéchial). Revue mens. de méd. etc. pag. 653. 1877.)
17. **I. Neumann**. Ueber Argyrie. (Wiener medic. Jahrbücher. III. p. 369. 1877.)
18. Derselbe. Ueber denselben Gegenstand. (Anzeiger d. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, Nr. 20, 8. März 1877.)
19. **Weichselbaum**. Ueber denselben Gegenstand (ebenda).

Bulkley hat (**10**) vornehmlich zur Benützung für seinen klinischen Unterricht einige Veränderungen in der Hebra'schen Classification und Nomenclatur der Hautkrankheiten vorgenommen. Er stellt 8 Classen auf und zwar I. Parasitäre Affectionen (11. Cl. v. Hebra), II. Drüsenkrankheiten (H. 3), III. Neurosen (H. 12), IV. Hyperämien (H. 1), V. Exsudationen (H. 4), VI. Hämorrhagien (H. 5), VII. Hypertrophien (H. 6), VIII. Atrophien (H. 7), IX. Neubildungen (H. 8 u. 9). Die Classen 2 (Anämien) und 10 (Ulcerationen) Hebra's fallen somit in des Verf. System weg, die anderen Classen sind umgeordnet und in seiner IX. Classe die 8. und 9. Hebra's vereinigt.

Die Untereintheilung dieser Classen muss im Original eingesehen werden. Wir fügen nur noch hinzu, dass Verf. den Zoster unter die Neurosen, die acuten Exantheme und allerlei acute und chronische Krankheiten als: Prurigo, Sycosis, Eczem, Psoriasis, Pemphigus, Urticaria, Lichen gleich Hebra unter die „Exsudationen“ schiebt, aber Scabies davon ausscheidet; dass er endlich Scleroderma (getrennt von Sclerema neon.), ferner Morphaea (im Sinne von Fox) unter die Hypertrophien rechnet. Was die Terminologie betrifft, gebraucht er für Herpes tonsurans den Namen Tinea trichophytina, trennt einige Neurosen unter dem Namen „trophische Störungen“ in Classe III von den



anderen Neuropathien ab und setzt endlich für Vitiligo den Namen Leucoderma.

Vf. weist selbst darauf hin, dass die Eintheilung dem Ideal nicht entspricht, da sie auf verschiedene Eintheilungsprincipien gebaut ist, glaubt aber doch, dass sie für die Vereinfachung des Studiums der Dermatologie nützlich sein werde.

Hebra bespricht (11) die Einwirkung des Wassers auf die gesunde Haut und stellt in Abrede, dass man durch Waschungen und Bäder im Allgemeinen einen gesundheitfördernden Act begehe, besonders dass ihr Gebrauch vor Krankheiten schütze und „abhärte.“ Nur wenn keine besondere Reaction nach den Wassermanipulationen entstehe, will H. dieselben als Liebhaberei bestehen lassen. Häufig bilden sie aber die nachweisbare Ursache lange bestehender Hautkrankheiten, die heute nicht mehr als kritische Erscheinung betrachtet werden. Die reizenden Wirkungen des Wassers sucht Verf., wobei er sich auf die Thatsache stützt, dass warmes und kaltes Wasser, wenn die Temperatur innerhalb gewisser Grenzen bleibt, gleiche Erscheinungen hervorrufen (Furunkel mit Eisbeuteln und Kataplasmen behandelt, verhalten sich ganz gleich), nicht in seinen Wärmegraden, sondern in seinen physikalischen Eigenschaften. Zunächst sind dabei die erweichende und macerirende Wirkung zu nennen, welche die Epidermis, die irritirende, welche die Cutis betrifft. Alle Theorien, die auf Entziehung der Körperwärme durch kalte Luft und Wasser basiren, haben nach Verf. ihre praktische Bedeutung verloren (? A.) und so habe auch die Wärmeentziehungstherapie bei acuten Krankheiten keine Vorzüge vor der „exspectativen.“ Contraindication für den Gebrauch des Wassers liegt demnach vor: bei subjectiver Empfindlichkeit der Individuen, bei mit acuter Schwellung und seröser Infiltration einherschreitenden Hautkrankheiten und bei chronischen Dermatosen, bei welchen die Hornschicht der Epidermis zerstört ist und tiefere, noch nicht erhärtete Lagen zu Tage treten. — Indicirt dagegen ist das Wasser, wenn wir von seinen macerirenden und irritirenden Eigenschaften Gebrauch machen wollen, z. B. um aufgelagerte Epidermismassen zu erweichen und zu entfernen, oder wenn wir den Luftzutritt abhalten wollen. — Hinsichtlich der bei Wassergebrauch zu wählenden Temperatur lässt H. das subjective Gefühl des Patienten entscheiden. Bäder gegen Hautkrankheiten müssen von langer Dauer sein, nie

unter einer Stunde; warme Bäder können monatelang ununterbrochen fortgesetzt werden.

Insbesondere gegen jene Argumente Hebra's, welche den geringen Einfluss des Wassers auf die Gesammt-Oekonomie des Körpers betreffen, wendet sich Winternitz (**12**), indem er unter Anderem darauf hinweist, dass über die Einwirkung methodischer Wärmeentziehung bei Typhus und Scharlach die Akten geschlossen seien. Eine seither gelieferte Zusammenstellung von 8141 Typhen, die methodisch mit Wasser behandelt wurden, gegenüber 8200 medicamentös Behandelten ergibt ein Mortalitäts-Percent von 7·1 zu 21·7.

Die von Hebra behauptete geringe Nützlichkeit des Waschens und Badens für die Haut, sowie die angenommene Identiät der Wirkung kalter und warmer Applicationsformen widerlegt Vf. durch die bekannten Argumente, welche dem empirischen Standpunkte Hebra's den physiologischen und pathogenetischen, z. B. die Entfernung von lebenden Contagienträgern durch Waschungen u. dgl. entgegenstellen.

Die Versuche, welche Hebra seit 15 Jahren über die Anwendung des continuirlichen Wasserbades gemacht hat, bilden den Gegenstand einer Arbeit von Hebra jun. (**13**)

Er schildert zuerst den Apparat: Eine Wanne in einem bettartigen Kasten, in welcher ein eiserner Rahmen aufgehängt ist, mit elastischer, durch Bänder gebildeter Basis und einem beweglichen, pultförmigen Kopftheil. Darauf Bettzeug, dann der Kranke. Der Zufluss und Abfluss des warmen und kalten Wassers nach dem Befinden des Kranken zu reguliren.

In diesem Apparat liegen Kranke ohne Unterbrechung wochen-, ja monatelang. Seit 1862 sind mehr als 500 Menschen dieser Behandlung unterzogen worden. Ausser artificiellem Eczem und Schmerz der Planta pedis besonders bei Schwielen, welche anfangs bisweilen vorkommen, sind nie üble Zufälle beobachtet worden.

Vf. führt nun die günstigen Erfolge dieser Behandlung auf:

1. bei Verbrennungen (127 Fälle, davon starben 71) Schmerzverminderung.

2. Pemphigus (25 Fälle) längere Erhaltung der Kranken.



3. Variola confluens (Resultat sehr wenig ermuthigend. A.)
4. Gangränose (28 Fälle, davon 25 geheilt).
5. phagedänische Schanker (3 Fälle).
6. Syphilitische Geschwüre.
7. Phlegmonen und Gangränen.
8. Fistulöse Wunden, bei welchen allen der geringe Heiltrieb im Bade wieder erwachte und Heilung erfolgte.

Ueber das Chinin-Exanthem berichtet im Anschluss an Köbner u. A. (siehe diese Viertelj. pag. 576 ff. 1877) v. Heusinger (14): Er kennt das Chinin-Exanthem schon seit mehreren Jahren. Er sah es zuerst bei einer früher chlorotischen Dame, welche grössere Dosen Chinin, die sie wegen eines fieberhaften Leidens bekam, zuerst gut vertrug, später bekam sie 4 Mal, so oft selbst kleine Chinindosen verabfolgt wurden, den von Köbner beschriebenen Symptomencomplex, einmal nach einer Dosis von 0·025. Das Exanthem beschränkte sich bei dieser Dame auf das Gesicht, meist entsteht Röthe, Schwellung, Auftreten von Knoten, wie bei Eryth. exsud. multipl.; einmal sah Verf. herpesähnliche Bläschen auf den Wangen. Beim Aussetzen des Chinins bilden sich die Symptome zurück und die Haut schuppt noch einige Tage kleienförmig ab.

Der zweite Fall betraf eine verheirathete Dame, welche jedesmal bei Chiningebrauch nach fieberhaften Prodromalerscheinungen Exanthem im Gesicht bekam, gleich dem vorigen Falle.

Apolant hat (15) nach Morphiumgebrauch ein ähnliches Exanthem beobachtet. Der an einem Spitzenkatarrh leidende Patient bekam nach dem Genuss von einigen Tropfen einer Lösung von Morph. hydrochl. 0·08: Aq. amygd. am. 10·0 einen sehr starken Ausschlag mit Hitze und Jucken, das Gesicht war ödematös, an Rumpf und Händen fanden sich Quaddeln. Nach 5 Tagen stellte sich eine lamellöse Abschuppung ein. — Acht Tage später wiederholte sich ein geringerer Anfall, nachdem Patient von den Tropfen gekostet und an der Flasche gerochen hatte. Auch früher hatte Patient wiederholt nach dem Morphingebrauch ähnliche Ausschläge gehabt.

In selteneren Fällen erzeugt das innerlich genommene Jodkalium einen petechialen Hautausschlag, welchen Fournier (16)



Purpura jodina nennt. In allen Fällen sah Verf. das Exanthem wenige Tage, meist in den ersten drei, seltener am 3. bis 6. Tage, nach Beginn des Jodgebrauches auftreten. In einigen Fällen trat das Exanthem bei demselben Individuum häufiger auf bei Jodgebrauch, in drei Fällen jedesmal, so oft Jod versucht wurde. Bei einem Pat. erfolgte bei jeder Steigerung der Dosis ein neuer Nachschub.

Der Ausschlag trat jedesmal und ausschliesslich an den Unterschenkeln auf (einmal nur am Stamm) und auf der vorderen Seite stärker als hinten. Nie befiel er Füsse oder Knie.

Meist ist der Ausschlag discret, bis zu etwa 100 Flecken auf jedem Bein, häufiger nur 50—60 Flecke. Nachschübe bestehen aus einem Dutzend Flecken. Die Flecken sind miliär, meist nur stecknadelkopfgross und verursachen absolut keine Störungen irgend welcher Art, so dass sie meist übersehen werden.

Der Ausschlag gelangt meist in 2 bis 3 Tagen zur vollständigen Eruption, dann kommen selbst bei Fortgebrauch des Medicamentes meist keine Nachschübe, der Ausschlag hält 2 bis höchstens 3 Wochen an und resorbirt sich dann.

Verf. beobachtete bisher 15 Fälle. Nie war eine besonders schwere Lues vorhanden, nie eine hämorrhagische Diathese oder eine auffallende Anämie. (Ref. hat einen solchen Fall bei einem Kranken beobachtet, nachdem er in 5 Tagen 25 Jodkaliumpillen zu je 2 Decigramm, also im Ganzen 5·0 genommen hatte. A.)

I. Neumann berichtet über folgenden, ihm von Prof. Brunetti in Padua mitgetheilten Fall von Argyrie (**17**).

Ein 50jähriger Mann hatte sich 26 Jahre hindurch die sichtlich vergrösserten Papillen der Zungenwurzel mittelst Lapis infernalis touchirt, und während er sich seiner Meinung nach dadurch von Syphilis befreite, intensive Silberfärbung zugezogen. Gesicht- und Brusthaut, die Schleimhäute des Mundes und Rachens waren grauschwarz, die Nägel bläulich. Im Uebrigen befand er sich vollkommen gesund. Sein Tod erfolgte am 17. November 1873 angeblich an einem Intestinalkatarrh. — Die Section ergab abnorme und wohl auf Argyrie zu beziehende Färbung deutlich an den Meningen, undeutlich am Magen, intensiv an der äusseren Oberfläche des Intestinaltractes, an der Innenseite des Abdomen, sowie an der Innenfläche des ganzen Darmtractus. An den Nieren fand man auffälliger Weise nichts Besonderes.

Bei der mikroskopischen Untersuchung des übersandten Hautstückes fand Vf. metallisches Silber in allen Gewebstheilen der Haut eingebettet, ausgenommen die zellige Auskleidung der Drüsen und das Rete Malpighi. Besonders hebt er die schichtartige und streifenförmige Anhäufung der Silberkörnchen, welche sich dicht unter dem Rete Malpighi und an den Schweissdrüsenwindungen findet, hervor. Nicht nur die arteriellen, sondern auch die venösen Gefässe der Haut zeigten deutliches Silberpigment. Ferner sah N. Silberpigment im Sarkolemma der glatten Muskeln und an den Nerven der Haut. Am Haarbalge, und zwar an der glashellen Innenschicht, waren reichliche, in Form von Streifen abgelagerte Silbermengen vorhanden, und analog den Schweissdrüsen führten auch die Talgdrüsen nur in ihrer bindegewebigen Wandung Silberpigment.

In einer späteren Arbeit theilt Neumann (18) einen neuen von ihm im Leben beobachteten und dann obducirten Fall mit, dessen Haut und innere Organe einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterzogen wurden. Es war dies ein 77 Jahre alter Arzt, welcher durch 20 Jahre mit nur wenigen Intermissionen, angeblich wegen eines Magenleidens eine Lösung von Nitras argenti (24 Grm. auf 3 Unzen Wasser) mittelst einer Spritze sich selbst in den Magen injicirte. Nach Angabe des Kranken litt er an Magenkrebs, der durch diese Methode vollständig geheilt wurde, und er habe, durch diesen Erfolg ermuntert, diese Behandlungsmethode auch bei anderen Kranken und stets mit günstiger Wirkung angewendet, und nur bei Einem hatte er eine leichte Entfärbung damit erzeugt. Derselbe gab gleichzeitig an, dass die dunkle Farbe wieder etwas heller wurde, welche Angabe jedoch von seiner Umgebung verneint wurde. Als Verf. den Kranken sah, war seine ganze Gesichts- und Kopfhaut, der Hals, Thorax und Rücken, namentlich die beiden ersteren, graphitartig gefärbt; an den Extremitäten war die Entfärbung kaum merklich, Schleimhaut der Mundhöhle normal. Verf. hat den Kranken während Jahresfrist mehrere Mal gesehen, ohne jedoch in der Farbe der Haut irgend welche Veränderung wahrgenommen zu haben. Der Kranke starb in Folge eines pleuritischen Exsudates Ende Januar 1878. Die Farbe der Haut im Cadaver war schiefergrau wie im Leben, und die mikroskopische Untersuchung derselben ergab, dass Silber in Form von Körnchen und Streifen und zwar am dichtesten im Papillarkörper



angehäuft war; einzelne Körnchen lagen zerstreut auch in den übrigen Lagen der Cutis; dichter waren dieselben an der äusseren Wand der Haarbälge und Talgdrüsen, namentlich an den Windungen der Schweissfollikeln und vereinzelt im Sarkolemma der Muskeln, im Neurolemma in der Media und Adventitia der Gefässe und zwischen den Fettzellen, die Epithelialelemente (Rete Malpighii, Auskleidung der Schweiss- und Talgdrüsen, der Wurzelscheiden), gleichwie das Endothel waren frei von Silber, doch war der Grad der Erkrankung hier kein so intensiver, wie der Eingangs erwähnte bereits publicirte Fall.

Anschliessend hieran bespricht Weichselbaum (19) die Argyrie der inneren Organe. In den meisten Organen und Geweben des von ihm obducirten Collegen konnte man schon mit freiem Auge eine durch die Silberablagerung bedingte Verfärbung in's Bläulichgraue oder Dunkelgraue wahrnehmen. Mikroskopisch zeigt sich das Silber theils unter der Form ausserordentlich feiner, einzelstehender oder zusammenfliessender schwarzer Körnchen, theils als diffuse braune Verfärbung der ergriffenen Gewebselemente. Die Ablagerungsstätten in den einzelnen Organen sind ziemlich constante, nämlich die Wandung der kleinen Arterien und Venen, die Zwischensubstanz des fibrillären Binde- und des Knorpelgewebes, so wie die Membrana propria mancher Drüsen; die zelligen Elemente sind dagegen stets frei. Relativ geringfügig war die Silberablagerung im Magen, Darm, in der Milz und im Respirationstracte, etwas bedeutender in der Leber, im Urogenitalapparate und in der Dura mater, noch bedeutender aber im Plexus chorioideus, in den Zungenpapillen, im Endocardium, in der Intima der grossen Arterienstämme, in den Gekröslymphdrüsen, in der Schilddrüse und Nebenniere und endlich in der Synovialis und im Gelenkknorpel; Gehirn und Rückenmark waren dagegen ganz silberfrei.

Die Silbernatur der vorgefundenen Körnchen wurde im vorliegenden Falle bereits chemisch durch Dr. Kratschmer festgestellt; die weitere Frage aber, ob das Silber im metallischen Zustande oder als Chlor- oder Schwefelverbindung vorhanden ist, soll erst später entschieden werden. Was endlich die Frage betrifft, in welcher Form und auf welchen Bahnen das dem Magen einverleibte salpetersaure Silber in die übrigen Organe transportirt wird, so ist es sehr wahrscheinlich, dass sich im Magen ein lösliches Silberalbuminat bildet,

welches theils direct, theils auf dem Umwege der Chylus- und Lymphgefässe in's Blut aufgenommen und erst bei der Diffusion durch die Gefässwand in letzterer und im umgebenden Bindegewebe niedergeschlagen wird. Die Thatsache, dass das Silber sich nur in der Zwischensubstanz des Binde- und Knorpelgewebes und in der Membrana propria der Drüsen ablagert, spricht dafür, dass diese Zwischensubstanzen eine besondere Fähigkeit besitzen, das gelöste Silber niederzuschlagen,

20. **Raynaud.** Lymphe als Träger des Pockengiftes. (Comptes rendus. LXXXIV. Nr. 26. 1877. Ctrlbl. Nr. 37, 1877.)
21. **Přibram.** Ueber den Einfluss des salicyls. Natrons auf das Fieber der Variola und über Variolaimpfung. (Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung vom 24. November 1876. Prager med. Wochenschr. Nr. 2. 1877.)
22. **Spamer.** Einiges zur Impf- und Blatternfrage. (Deutsches Archiv f. klin. Med. 196. 1. H., 1877.)
23. **Chauveau.** Ein Beitrag zum Studium der originären Vaccine. (Revue mensuelle de méd. et de chir. April 1877.)
24. **Bollinger.** Ueber Menschen- und Thierpocken, über den Ursprung der Kuhpocken und über intrauterine Vaccination. (Volkmann's Sammlung Nr. 116, 1877.)
25. **Pissin.** Ueber den jetzigen Standpunkt der animalen Vaccination. (Medicinisch-ätiologischer Verein zu Berlin. Sitzung vom 3. Mai 1877.)
26. **Voigt.** Die animale Vaccine in der Hamburger Impfanstalt. (Deutsche Vierteljahrschr. für öffentliche Gesundheitspflege. VIII. Bd. 1877.)
27. **Röll.** Ueber die Cultur animaler Vaccine. (Wiener med. Wochenschr. 13, 14 und 15. 1877.)
28. **Roth.** Ueber Impfrothlauf. (Nach einem Vortrage im ärztl. Bezirksvereine Bamberg 1877.)
29. **Hawes.** Tod in Folge von Impfung mit animaler Vaccine. (The Medical Record, Nr. 372, 1877.)
30. Die Abstimmung sämmtlicher berechtigten Schweizer Aerzte, betreffend die Impfung. (Gesundheit, 1877. — Rundschau 1877, pag. 451.)



Vulpian berichtete der französ. Akademie über Experimente von Raynaud (20), welche die infectiöse Wirkung derjenigen Lymphe bekunden, welche oberhalb einer mit Pockenlymphe geimpften Körperstelle gesammelt war. — Ein Pferd ward über dem Fesselgelenk vielfach mit einer Lanzette geimpft; nach 8—10 Tagen, als eine locale Eruption erfolgt war, oben am Schenkel die beiden Lymphgefässe, welche die V. saph. begleiten, freigelegt und aus einer Canüle die Lymphe entleert. 22 Cc. dieser frisch aufgefangenen Lymphe wurden in Zwischenräumen von 24 Stunden einem anderen Pferde in die V. jugularis injicirt. Nach 16 Tagen erfolgte eine ausgebreitete Eruption von „horse-pox" an Nase, Lippen und Wangenschleimhaut, deren Lymphe, wiederum auf ein Kalb übertragen, den Ausbruch wirklicher Pocken zur Folge hatte. Freilich blieb der Erfolg ein anderes Mal aus, als mit einer ebenso gewonnenen Lymphe Impfungen eines Kalbes versucht wurden; dass letzteres Thier sehr wohl gegen wirkliche Vaccine empfänglich war, lehrte eine später angestellte Impfung.

Sowohl das erfolgreich durch die Lymphtransfusion inficirte Pferd, als auch ein anderes, bei welchem keine Eruptionen entstanden waren, und das am sechsten Tage nach der Operation starb, zeigten, während sonst spontane Pferdepocken ziemlich gut verlaufen, zahlreiche Ecchymosen im Mesenterium, Schwellung der Mesenterialdrüsen, Atelectase in den Lungen und mächtige Fibringerinnsel in den Venen und Arterien, Befunde, wie sie schweren fieberhaften Krankheiten und besonders der Variola zukommen.

Das Fieber bei Variola, plötzlich beginnend, führt bekanntlich sehr bald zu sehr hoher Temperatur, die dann bei Ausbruch des Exanthems in leichten Fällen kritisch heruntergeht bis auf die Norm und in schwereren Fällen bis wenig über die Norm. Während des Exanthems und im weiteren Verlaufe tritt dann noch das Suppurationsfieber auf. Přibram hat nun (21) einige Fälle beobachtet, die einen anderen Verlauf darboten, und da Vf. glaubt, dass dieser mit dem medicamentösen Eingriffe im Zusammenhange stehe, theilt er dieselben kurz mit.

Die Wirksamkeit der gebräuchlichen Antipyretica in dem die Variolaerkrankung einleitenden Fieber ist bekanntlich eine sehr geringe. Das gilt sogar von mittelgrossen Gaben von Chinin. Während der letzten Prager Epidemie hat Vf. nun, gestützt auf die Erfah-



rungen mit Salicylsäure im Abdominaltyphus und der acuten Polyarthritis, dieses Mittel in Form des Natronsalzes auch bei Variola in Gebrauch gezogen. In den Fällen, wo Vf. vom ersten Beginn der Fiebererscheinungen Gaben von 0·5 Grm. und darüber — vertheilt über den ganzen Tag wegen des continuirlichen Fiebertypus — angewendet hat, bemerkte er wiederholt noch vor Ausbruch des Exanthems ein stetes Sinken der Temperatur bis unter 38° und erst nachdem der Kranke bereits entfiebert war, traten die ersten Efflorescenzen auf. Während sonst also der kritische Fieberabfall beim Ausbruch des Variolaexanthems die Regel bildet, boten die beobachteten und durchwegs mit Natronsalicylat behandelten Fälle einigemale eine dem Auftreten der Efflorescenzen länger vorausgehende Entfieberung dar. Natürlich handelte es sich um solche Fälle, in deren Umgebung Variola vorgekommen war, so dass schon beim Beginn der Fieberbewegungen der Verdacht auf Blatternerkrankung vorhanden war.

Eine weitere, auf die Prager Epidemie bezügliche Beobachtung des Vf. bezieht sich auf 4 Fälle von Variolaimpfung innerhalb einer Familie.

Eine Mutter hatte schwere confluirende Variola mit lethalem Ausgang. Zwei ihrer Kinder pflegten sie und hoben sie oft mit ihren Händen im Bette. Sie bekamen Variola-Efflorescenzen an den Händen. Zwei andere Töchter durften sich ihr erst nähern, als sie schon im Sterben lag und küssten sie in ihrer Aufregung; sie bekamen Efflorescenzen im Gesicht und den Nachbartheilen. Bei zweien der so Geimpften trat allgemeine Variolainfection auf und zwar in der Weise, dass am 5. Tage nach der Impfung und 2 Tage nach dem Auftreten der Impfpusteln im Gesicht und an den Extremitäten die Variolaeruption sich einstellte. Doch kamen die Pusteln wenig zur Entwicklung unter hochfebrilem Verlauf mit kritischem Abfall, wie er gewöhnlich bei der Variola aufzutreten pflegt, und beide Fälle endeten mit Genesung. Alle 4 waren vaccinirt gewesen.

Spamer erörtert (22) einige Vaccination und Variola betreffende Punkte. Bezüglich des Verhältnisses der Zahl der Impfpusteln zur Schutzkraft glaubt er behaupten zu können, dass vollkommene Durchseuchung des Körpers mit dem Vaccinegifte genau ebensoviel und ebensowenig vor der neuen Aufnahme von Vaccine- (und Variola-) Gift schützt, wie vorausgegangene Durchseuchung



mit Variolagift und acceptirt die Ansicht Eulenberg's, dass die Schutzkraft der Vaccine in bestimmter Beziehung zum Quantum der einverleibten Lymphe stehe, wobei das jeweilig nöthige Quantum sich nach dem Grade der vorhandenen Disposition richte, und dass in allen Fällen, wo an sämmtlichen Impfstellen sich Pusteln gebildet haben, die Impfung zur Tilgung etwa vorhandener Dispositionsreste wiederholt werden soll. Vollständige Durchseuchung mit Vaccine schützt nach dem Vf. ebenso lange vor Variola, wie überstandene Variola. Die Revaccinationslymphe hält Vf. für weniger wirksam als die Vaccinationslymphe.

Was die Frage betrifft, ob man bei Variolaerkrankung einer stillenden Frau das Kind von ihr trennen soll, hat Vf. 7 Fälle gesammelt, in welchen die Kinder geimpft, dann bei der variolösen Mutter belassen wurden und nicht an Variola erkrankt sind, und glaubt, dass der Rath Fleischmann's wenigstens als Regel der richtige sei, das sofort geimpfte Kind ruhig bei der Mutter zu lassen. Schliesslich verlangt der Vf. sanitätspolizeiliche Vorschriften, nach welchen mit Variola inficirte Kleider und Bettstücke vom Staate angekauft und vernichtet werden sollen.

Eine auf klinische und experimentelle Beobachtung gestützte Untersuchung des Verhaltens des Pferdes, Rindes und des Menschen gegen die Vaccine ergibt nach Chauveau (23), dass alle drei für die Uebertragung der Vaccine geeignet sind, dass aber unzweifelhaft das Pferd die beste Eignung besitzt zur Production und Fortpflanzung der wirksamen Vaccine. Vom Pferde stammte nach Ch. die ursprüngliche Jenner'sche Vaccine. Dieselbe erscheint immer unter dem Bilde eines gutartigen Eruptionsfiebers und häufig ist die Eruption eine allgemeine, wobei aber die Lippen, Nase, Nüstern, die Regio genito-analis und die Extremitäten grössere Efflorescenzen mit einer grösseren Menge Lymphe liefern. Aus zwei Transfusionen mit 500 und 1000 Gramm Blut aus der Ader von Pferden, bei welchen gerade eine gut entwickelte Eruption von Vaccine erfolgt war, in die Ader von 2 jungen und wie sich nachträglich ergab, für die Vaccine sehr empfänglichen Pferden mit negativem Resultat, schliesst Vf., dass 500—1000 Gramm Blut nicht genug vom Virus enthalten. Die subepidermidale Vaccination beim Pferde gibt immer locale Erfolge, bei jungen Pferden auch nicht selten allgemeine Eruptionen.



In Bezug auf den Eintritt der Vaccine in den Organismus stellt Vf. folgende Sätze auf:

Spontane und inoculirte Vaccine unterscheiden sich von einander dadurch, dass bei der ersteren der Eintrittsweg des Virus in den Organismus nicht die Haut ist. Wenn bei der inoculirten Vaccine eine Eruption an den Prädilectionsstellen der spontanen Vaccine nicht auftritt, trotzdem eine Resorption des Virus von den Impfstellen aus stattfindet, so hat man sich dies vielleicht so zu erklären, dass die Impfefflorescenzen schon während ihrer Entwicklung ihre Schutzkraft dadurch äussern, dass sie jene Eruption verhindern. Wenn man einem Pferde an der Haut des Halses 5—6 Impfstiche beibringt, diese nach 24-48 Stunden ausschneidet, die Hautwunden sodann vernäht, so dass Heilung per primam intentionem eintritt, verhindert man selbstverständlich die Entwicklung der Impfefflorescenzen, eine Resorption von Virus hat aber schon stattgefunden und so kann man in der That auch zuweilen nach 15—20 Tagen ein Vaccineexanthem an den Prädilectionsstellen beobachten. Wenn nun das Vaccinevirus auf anderen Wegen in die Circulation gebracht wurde als subcutan, so ergab sich dem Vf. Folgendes:

Getrockneter Vaccinestaub von Pferden direct in die Trachea inhalirt, erzeugte nur ausnahmsweise Vaccinepusteln an der Nase und an den Lippen. Vaccinelymphe im Getränke den Pferden beigebracht, erzeugte 2mal ganz besonders schöne Allgemeineruptionen, einige Male minder schöne Resultate, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle negative Ergebnisse. Subcutane Injection von Vaccinelymphe erzeugte immer grössere oder kleinere subcutane Tumoren, hie und da allgemeine Eruptionen. Injectionen von Vaccine in Lymphgefässe ergaben 4mal unter 11 Versuchen sehr schöne Vaccineexantheme. 27 Injectionen von Vaccine in Blutgefässe ergaben 11 positive Resultate. Die negativen Resultate haben nach Ch. nur die Bedeutung von Vaccine sine exanthemate, weil nachträgliche Vaccination dieser Thiere nie anschlug.

Was das Rind betrifft, so haben die Versuche und klinischen Erfahrungen ergeben:

Das Rind wird viel seltener von spontaner Vaccine befallen und letztere betrifft ausschliesslich die Milchkuh, wahrscheinlich meist in Folge von Uebertragung des Contagiums beim Melken. Subepidermidal lässt sich die Vaccine auf das Rind ebenso leicht übertragen, als auf



das Pferd, aber beim Rinde erfolgt nie eine allgemeine Eruption. Auf eine andere Weise lässt sich beim Rinde Vaccine nicht produciren, es wird also in dieser Beziehung vom Pferde übertroffen. Subcutane Injectionen von Lymphe riefen subcutane Knoten hervor, nachträgliche subepidermidale Vaccination schlug nicht an. Injectionen von Vaccine in die Lymph- oder Blutgefässe ergaben negative Resultate.

Auch am Menschen hat Vf. folgende Versuche angestellt:

2—4 Centigr. humanisirte Vaccinelymphe wurden einmal 3 Kindern subcutan injicirt, keines bekam eine Hauteruption, eines einen subcutanen Knoten. Dieses eine erwies sich als immun gegen subepidermidale Vaccination, die beiden anderen nicht. Von einer 2. Serie von 3 ebenso behandelten Kindern bekamen zwei subcutane Knoten, eines keine. Der Controle konnte nur eines von den 2 ersten Kindern unterworfen werden und dieses war wieder immun gegen subepidermidale Vaccination.

Die Vaccine lässt sich somit beim Menschen weniger gut als beim Pferde, aber ebenso gut oder besser fortpflanzen als beim Rinde, allgemeine Eruptionen kommen beim Menschen selten vor, beim Rinde nie, eine Auffrischung der humanisirten Lymphe an der Kuh ist ganz überflüssig, und findet thatsächlich nicht statt.

Auch Bollinger veröffentlicht (24) das Resultat seiner Studien über Menschen- und Thierpocken und kommt zu folgenden Schlüssen, deren Begründung in der Originalarbeit nachzusehen sein wird und die in vielen Stücken mit den Resultaten der Experimente von Chauveau zusammentreffen:

Die Hausthiere haben für die zufällige Uebertragung des menschlichen Pockengiftes gar keine oder eine sehr minimale Disposition. Dagegen sind Rinder für die Menschenpocken auf dem Wege der Impfung sehr empfänglich.

Zufälliger oder spontaner Uebergang der Schafpocken (Ovine) auf den Menschen kommt nicht vor, wohl aber jener der Rinder- und Pferdepocken. Impfung von Ovine auf Menschen erzeugt höchst selten eine locale Infection mit Ovine, nie allgemeine Infection. Die Schafpocken stellen eine den Menschenpocken analoge, ähnlich verlaufende, aber mit letzterer nicht identische Infectionskrankheit dar, das Gift ist wie letzteres sowohl fix als flüchtig, wird sowohl durch Einathmung als durch locale Verletzung fortgepflanzt.

Es stammt von pockenkranken Schafen. Alle übrigen Pockenformen der Hausthiere: des Pferdes, Rindes, Schweines, der Ziege, des Hundes sind nicht selbstständige Krankheiten, sondern verirrte Pocken, die von einer jener beiden Formen abstammen, aber auch wechselseitig übertragen werden können. Sie treten auch vereinzelt, nicht als Epizootien auf. Es gibt keine originären Kuhpocken. Die Kuhpocken entstehen immer durch Infection von aussen und zwar entweder von menschlicher Variola, oder — gegenwärtig am häufigsten — durch Vermittlung der melkenden menschlichen Hand aus der allenthalben verbreiteten humanisirten Vaccine, welch' letztere ihrem ersten Ursprunge nach immer eine Variola-Vaccine ist. Hiefür sprechen mehrere Umstände: Die „echten" Kuhpocken kommen fast nur bei Milchkühen vor, haben ihren Sitz am Euter, werden vornehmlich im Frühling beobachtet und ihre Entwicklung erfolgt schubweise. Die Versuche von Reiter, Ceely, Roloff u. A., wie sie Bohn in seinem vortrefflichen Buche referirt, beweisen überdies schlagend den Ursprung von Kuhpocken aus menschlichen Schutzpocken. Die Lymphe der Retrovaccine ist somit gleichwerthig mit jener der „echten" Kuhpocken, ein essentieller Unterschied zwischen humanisirter und originärer Kuhpocke existirt nicht.

Die Concentration des Impfstoffes und die Grösse der Verletzungen bei der Vaccine-Impfung stehen zu einander in umgekehrtem, zur Wirkung der Impfung in geradem Verhältnisse.

Im Blute vaccinirter Menschen (Reiter; diese Vierteljahrschrift 1874, pag. 103, und Reynaud, siehe oben), ferner variolöser Menschen (Zülzer; diese Vierteljsch. 1874, pag. 397), ist Vaccinegift in verdünnter Form enthalten.

Die intrauterine Infection mit Pockengift ist sichergestellt; dasselbe gilt auch für die Vaccine, es wird somit der Versuch empfohlen, durch subcutane oder intravenöse Impfung mit Vaccine oder Vaccineblut den Fötus intrauterin immun zu machen. (Das Gegentheil hat Burton behauptet. Cf. Diese Vierteljahrschr. 1876, pag. 77.)

Die animale Vaccine wirkt nach Pissin (25), wenn sie unmittelbar von der Färse auf den Menschen übertragen wird, günstiger, als wenn sie vorher in einem Haarröhrchen befindlich war, während dieses Moment bei der humanisirten Vaccine in analoger Weise weniger in die Wagschale fällt. Es war P. schon gleich zu

Anfang seiner Versuche aufgefallen, weshalb die Lymphe, wenn sie am 8. Tage, d. h. 7mal 24 Stunden nach der Impfung des Thieres verwendet wird, meist negative Resultate gibt, während doch die Abimpfung vom Kinde zu dieser Zeit Regel ist, und fast immer befriedigt. — In beiden Fällen nun fand er, dass die echte Kuhpockenlymphe von der humanisirten so beträchtlich differirt, dass man sich dem Glauben nicht verschliessen kann, es müsse für dieses Verhalten in der materiellen Zusammensetzung beider ein Unterschied gefunden werden können, welcher die verschiedene Wirkungsweise erklärt. Wenn man die Schutzpocken-Lymphe direct aus der Pocke auf den Objectträger bringt und frisch in noch flüssiger Form untersucht, so findet man darin als solide und zugleich als constante und wesentliche Bestandtheile organische Gebilde, welche in einer anscheinend homogenen Flüssigkeit, gleichmässig suspendirt, umherschwimmen. Diese Organismen lassen sich, was ihre Gestalt betrifft, unterscheiden in solche, welche als Zellen mit ein oder mehreren Kernen versehen erscheinen, ferner als freie Kerne, deren Grösse mit dem Zellenkern so ziemlich übereinstimmt, und endlich als feine Granula, Molecüle von bedeutend geringeren Dimensionen, als die Kerne. Sobald nun die Lymphe durch Verdunstung einzutrocknen beginnt, bilden sich höchst zierliche, und wenn auch in den verschiedenen Präparaten nicht immer ganz gleiche, doch meist einander sehr ähnliche Figuren, die wie Krystalle anschiessen und trotz ihrer grossen Mannigfaltigkeit unter sich doch stets entweder eine weinrebenartige Verschlingung und dendritische Verzweigung oder eine mosaikartige Structur von verschiedener Form zeigen. Ob diese Figuren durch wirkliche Krystallisationen hervorgerufen werden (Keber, Dubois, Gluge), oder ob vielleicht blos Gerinnungserscheinungen zu Grunde liegen mögen, oder ob Beides zugleich der Fall ist, will P. dahin gestellt sein lassen, neigt sich aber der Auffassung zu, dass dieselben ihre Entstehung mehr dem Fibringehalt und den soliden Elementen, als den Salzen verdanken. Es lässt sich nun experimentell nachweisen, dass nur den festen Bestandtheilen der Lymphe das wirklich wirksame Princip der Infectionskraft innewohnt.

Keber filtrirte grössere Portionen frischer Lymphe, indem er dieselbe auf schwedisches Filtrirpapier träufelte und sodann die an der unteren Seite des letzteren hervordringende Flüssigkeit zum Impfen benutzte. Er fand constant, dass die Wirkung erheblich geschwächt war,



und überhaupt nur dann noch eintrat, wenn eine Anzahl freier Kerne und feiner Granula mit durchgegangen war, wovon er sich mikroskopisch überzeugte. Die Zellen waren aber stets verschwunden. Dieselbe Wirkung nun, wie durch das Filtrirpapier, wird auch durch das auch in ganz frischer und klarer Lymphe enthaltene Fibrincoagulum hervorgebracht, welches eine gewisse Attractionskraft auf den zelligen Inhalt der Vaccinalflüssigkeit auszuüben vermag. Nun ist es eine specifische Eigenthümlichkeit der animalen Vaccine — und hiedurch unterscheidet sie sich sehr wesentlich und schon makroskopisch erkennbar von der humanisirten — dass ihre Plasticität nicht nur an und für sich bedeutend grösser ist, sondern namentlich bei den Färsen nach der Vaccination viel schneller zunimmt, als bei den Kindern, so zwar, dass sie bereits am 8. Tage, noch auf der Pocke selbst befindlich, erstarrt und eine feste Decke bekommt, die erst entfernt werden muss, bevor man das Haarröhrchen füllen kann. Aus dieser leichteren und früheren Gerinnbarkeit werden aber drei Thatsachen erklärlich, welche bei der animalen Vaccination bis jetzt räthselhaft erschienen und dem Fortgange derselben wesentlich Abbruch thaten. Die erste Thatsache ist die, weshalb die Impfungen vom Kalbe an dem Tage, an welchem man die Lymphe vom Kinde stets mit Erfolg benutzt, immer negative Resultate zu geben pflegen. Es hat nämlich zu dieser Zeit schon in der Pocke selbst durch die übergrosse Vermehrung des Fibrins eine Coagulation der zelligen Elemente, gewissermassen eine Filtration „in situ“ stattgefunden. Die zweite Thatsache ist die, weshalb bei der animalen Vaccine die Impfung aus Röhrchen häufiger im Stich lässt, als bei der humanisirten Lymphe. Es bildet sich nämlich nach dem Herausblasen ein viel grösseres Gerinnsel, und die Folge hiervon ist, dass eine grössere Anzahl fester Bestandtheile gebunden wird, und für die Wirkung verloren geht. Die dritte Thatsache endlich ist, weshalb die Impfungen am 4. und 5. Tage bei direct übertragener Lymphe, d. h. also, ohne sich eines Röhrchens zu bedienen, fast ausnahmslos haften. Die Erklärung hierfür liegt darin, dass die zelligen Elemente zu dieser Zeit in der Vaccinalflüssigkeit noch gleichmässig suspendirt sind, und bei jedem einzelnen Stich oder Schnitt ungehindert zur Geltung kommen können. Wie ist es nun möglich, den angeführten Uebelständen in wirksamer und geeigneter Weise entgegenzutreten? — Zwei Wege gibt es, welche in dieser Beziehung zum Ziele führen können. — Der eine besteht in der Art



und Weise, wie die Impfung ausgeführt wird; der andere in der Präparation des zur Impfung benutzten Materials. — Was zunächst den Impf-Modus betrifft, so ist es klar, dass sich die Chancen einer guten Wirkung erhöhen, je mehr man den wirksamen Bestandtheilen in der Lymphe Infectionsstellen zur Haftung verschafft. Dies geschieht aber nicht durch Stiche, durch welche nur die flüssigen, unwirksamen Theile unter die Haut gebracht werden können, während die festen, d. h. wirksamen Bestandtheile gewissermassen vor der Thüre bleiben, sondern viel besser durch seichte Incisionen mit breiter Oeffnung, von denen man für jede Stelle, wo eine Pocke sich bilden soll, 2—3 dicht neben einander macht, etwa 1—2 Mm. lang, und dieselben durch eben so viel senkrecht darauf geführte von gleicher Grösse kreuzt: ♯.

Was nun ferner die Präparation der Impflymphe anbetrifft, so ist einleuchtend, dass, wenn man dieselbe direct von der Pocke zu der Zeit, wo die zelligen Elemente noch gleichmässig suspendirt sind, d. h. also am 4. bis 6. Tage, mittelst einer nicht porösen Masse, z. B. eines Spatels von Elfenbein, abnimmt, bei der Verdunstung die festen Bestandtheile daran haften bleiben müssen. Benutzt man nun einen solchen Impfspatel in der Weise, dass man wieder kleine Kreuzschnitte macht, und löst dann die Lymphe durch die hervordringende blutig-seröse Flüssigkeit unmittelbar am Spatel auf und streicht sie durch Verreibung in die kleinen Wunden ein, so ist man einer guten Wirkung in fast absoluter Weise sicher und bleiben die Erfolge durchaus nicht hinter den durch humanisirte Lymphe zu erzielenden zurück.

P. selbst hat im verflossenen Jahre die Erfahrung machen können, dass sich die aufbewahrten Röhrchen mit Kuhlymphe sehr lange wirksam erhalten. Er wurde nämlich durch die Rinderpest verhindert, in den Monaten Februar und März Kälber geliefert zu erhalten, und musste sich auf den Verbrauch der vorher abgenommenen Lymphe beschränken. Trotzdem waren die Erfolge selbst bei den Revaccinationen mit acht Wochen aufbewahrter Lymphe fast in demselben Masse positiv, als wenn die Impfungen direct von der Färse gemacht worden wären.

Voigt erstattet Bericht über die Hamburger Staats-Impfanstalt für originäre Lymphe (**26**). Dem Berichte entnehmen wir, dass in



Hamburg (wie in den holländischen Anstalten) nur Kuhkälber, nicht Stierkälber verwendet werden. In Brüssel findet das Gegentheil statt. Zur Weiterimpfung wird in Hamburg (wie in Utrecht) der Impfknoten geklemmt, dann mit einer Lancette abgeschabt und der Brei auf Glasplättchen gebracht und dieselben mit Paraffin geschlossen. Nach dem Vf. kommen Pusteln aus animaler Vaccine öfters später zur Reife als humanisirte, und erst nach mehreren Generationen von Humanisirung gleiche sich dies aus. Vf. ist geneigt anzunehmen, dass der animalen Vaccine grössere Schutzkraft gegen Blattern zukomme (was auch Pissin, Röll, Warlomont (Bullet. de l'Acad. de méd. de Belg. 1871.) angeben A.), als der humanisirten Lymphe.

Auch Röll berichtet (27) über die Impfinstitute von Haag, Rotterdam (2 Privatinstitute), Hamburg, Utrecht und Brüssel (3 Staatsinstitute), welche er besucht hatte, um die Impfung mit originärer Lymphe zu studiren.

Die Staatsanstalt in Brüssel unter Leitung von Warlomont ist nur verpflichtet, die animale Vaccine an Thieren fortzupflanzen und solchen oder humanisirten Impfstoff der 1. Generation abzugeben. In Haag und Utrecht werden die Individuen, welche weniger als 4 Pusteln bekommen haben, von den eigenen Pusteln weiter geimpft (Autorevaccination) und zwar in der Mehrzahl der Fälle mit Erfolg. Die Impfkälber erleiden durch die Impfung keinen Gewichtsverlust und der Genuss derselben, wenn sie unmittelbar nach Abnahme des Impfstoffes, also vor Eintritt des Reactionsfiebers geschlachtet werden, ist ganz unbedenklich. Weibliche Thiere werden den männlichen vorgezogen, weil sie den Operationstisch nicht mit Harn verunreinigen. Die Thiere müssen nach der Impfung durch Zwang verhindert werden, die Impfstellen zu belecken. Behufs der Befestigung der Thiere stehen für diesen Zweck construirte Operationstische zur Verfügung. Nachdem die Bauchhaut von der Symphyse oss. pubis bis zum Nabel abrasirt ist, wird mit 60—100, ca. 3 Ctm. weit von einander abstehenden Stichen oder 1 Ctm. langen Schnitten geimpft, und zwar von Kalb zu Kalb oder mittelst conservirter Lymphe. Die Abnahme des Impfstoffes erfolgt am 4. oder 5. Tage, von späteren Tagen ist er unwirksam und Vf. bezieht darauf das Nichthaften in vielen Fällen. Die Impfefflorescenzen bilden Knoten, welche ihrer Epidermis beraubt, und überdies durch eine ihrer Basis angelegte



Schieberpincette comprimirt, die Lymphe ausfliessen lassen, oder es wird der geklemmte Impfknoten mit einer Lancette abgeschabt und dieser Brei zwischen Glasplatten zur Weiterimpfung abgegeben. — Conservirt wird die Lymphe in Haarröhrchen, oder eingetrocknet auf Glasplatten oder Elfenbeinplättchen, welche letztere vorher in eine Lösung von Gummi arab. getaucht sind, um das Eindringen des Impfstoffes in die Poren zu verhindern.

Die Resultate der Impfung von Menschen mit frischer, animaler Vaccine kommen jener mit humanisirter Vaccine gleich, nur entwickeln sich die Pusteln etwas später als bei der humanisirten Lymphe. Die conservirte animale Lymphe wird für den Menschen früher unwirksam, als für das Kalb, aber nach Holländisch-Ostindien verschickt, liefert sie noch immer 50% positiver Erfolge.

R. glaubt im Hinblicke auf seine gesammelten Beobachtungen die Gründung einer Anstalt für die Cultur animaler Lymphe in Oesterreich empfehlen zu müssen, und zwar einer solchen, welche die unmittelbare Abimpfung vom Kalbe auf das Kind ermöglicht und deren Leiter vorläufig genau die an ausländischen Instituten geübten Methoden zu beachten hätten. Was die Kosten betrifft, so betragen dieselben für die grosse Anstalt in Hamburg jährlich 10.000 Mark, für die Staatsanstalt in Utrecht 3000 Gulden, für die Privatanstalt im Haag 2100 Gulden (die Impfärzte werden nicht bezahlt).

Roth (28) impfte am 15. Mai 1876 ein 5monatliches Kind in Bamberg privatim von einem ganz gesunden Kinde aus Hallstadt, dessen Pusteln einen regelmässigen Ablauf nahmen. Am 9. Tage nach der Impfung erkrankte das Kind mit heftigem Fieber und Erysipel um die Impfpusteln, welches sich bald auf die Arme, den Hals, einen Theil der Brust und des Rückens ausdehnte und mit einem über die ganze Hautdecke verbreiteten Vaccine-Ausschlag endete. Die Erkrankung war eine sehr schwere und erstreckte sich bis in die ersten Tage des Juni, zu welcher Zeit die Heilung eintrat. — Ein von dem Arme dieses Kindes am 22. Mai, also vor Ausbruch des Erysipels, abgeimpftes Kind blieb ohne Erysipel. Verf. hatte weder bei seinen Privatimpfungen in der Stadt Bamberg, noch bei der öffentlichen Impfung im Bezirke Bamberg I. einen weiteren Fall von Erysipel beobachtet. Am 8. Mai 1877 impfte R. wieder privatim in demselben Hause, in welchem E. D. wohnte, die 12jährige R. D., eine ganz nahe Ver-



wandte der E. D., von einem ganz gesunden Kinde, welches auch im weiteren Verlaufe seiner Impfpusteln kein Erysipel zeigte. Am 14. Mai constatirte R. nun 5 wohl charakteristische Impf-Efflorescenzen, in der Beugefläche des Oberarmes nach aufwärts bis zur Schulter, nach unten bis zur Ellbogenbeuge eine schmerzhafte erysipelatöse Anschwellung, mit schmerzhafter Schwellung der Achseldrüsen. Am nächsten Tage (15. Mai) hatte sich die Rose noch weiter gegen die Rückseite des Oberarmes verbreitet, bis am 16. Mai die Ränder der Erkrankung in einander flossen und der ganze Oberarm geschwollen, roth und heiss war. Nach unten war die Erkrankung etwas über das Ellbogengelenk hinausgegangen. Von diesem Tage an verbreitete sich aber die Affection nicht weiter; sie bildete sich in den nächsten Tagen zurück, so dass am 22. Mai ausser einer mässigen Verfärbung der Haut nichts mehr zu sehen war. An den ersten zwei Tagen der Erkrankung war mässiges Fieber vorhanden. Bei den übrigen von dem gleichen Abimpfling geimpften Privatimpflingen, sowie bei den seither vollzogenen öffentlichen Impfungen im Impfbezirke Bamberg I. (Land) ist R. kein Erysipel zu Gesichte gekommen. Vf. ist überzeugt, dass es sich in diesem Falle um ein Erysipelas vaccinicum handelte. Das Haus, in welchem die beiden Kinder in unmittelbar über einander gelegenen Zimmern wohnen, ist vollkommen neu, in einer gesunden Strasse frei gelegen, und bietet nicht den leisesten Anlass, in ihm ein Hausgift anzunehmen. Auch kann R. versichern, dass in den beiden Familien, welche das Haus bewohnen, bis zum Jahre 1873 zurück, nie eine Erysipelaserkrankung vorgekommen ist.

Später wurde Verf. darauf aufmerksam, dass er, nachdem er wenigstens 8 Monate vorher kein Erysipel zu Gesicht bekommen hatte, am 7. Mai zu einer 40jährigen Frau, welche an Rothlauf des linken Unterschenkels um vereiternde Varicen litt, gerufen worden war, und dieselbe auch bis zum 21. Mai regelmässig täglich besucht hatte. Da der Fall von Impfrothlauf ein isolirter geblieben war, trotzdem viele Kinder von dem gleichen Abimpfling geimpft worden waren, so ist nicht anzunehmen, dass in der Vaccine selbst die Ursache zur Entstehung des Rothlaufs gelegen sei. Da aber auch eine andere Quelle nicht nachgewiesen werden kann, so wird es nach dem Verf. höchst wahrscheinlich, dass durch ihn selbst der Keim des Erysipels von einer chirurgisch Kranken zu dem Impfling unbewusster Weise verschleppt worden ist. Die Wahrscheinlichkeit dieser Ausnahme wird



erhöht durch den Umstand, dass die Erysipelaskranke sehr nahe dem D.'schen Hause wohnte, und R. die Impfungen aus äusseren Gründen nach den Krankenbesuchen zu machen veranlasst war.

Um die gegentheilige Anschauung von Bohn zu entkräften, welcher eine specifische Ursache des Erysipels bei Vaccination läugnet, dagegen der reinen, klaren Lymphe eines echten Jenner'schen Bläschens eine Erysipelas erzeugende Kraft zuschreibt, indem am 5. Tage nach der Impfung um Jenner'sche Bläschen sich eine unzweifelhaft erysipelatöse Areola bildet, deren Excess oder Recidiv eben das Impferysipel darstellt, citirt Verf. die Fälle von Garland in Gloucester, welche alle in den Januar und Februar 1872 fielen, zu welcher Zeit in Gloucester überhaupt Erysipel herrschte: 1. Am 28. Tage nach der Impfung Erysipel. Heilung nach 14 Tagen. Kind und Eltern hatten nie an Erysipel gelitten; die Familie des Vaters dagegen mehrmals schwer. 2. Ein Arbeiter, 50 Jahre alt, wurde geimpft vom Arme eines Kindes, von dem 25 andere ohne Zwischenfall geimpft wurden. Am folgenden Tage Arbeit im Schneesturm. Abends Röthung der Haut, Schwellung der Achseldrüsen. Am 7. Tage Tod. Hatte früher öfter an Erysipel gelitten. 3. Zweijähriges Kind. Am 5. Tage nach der Impfung Convulsionen, Fieber, Erysipel, beschränkt auf den Arm. Am 14. Tage Heilung. Der Vater hatte öfter Erysipel gehabt. 4. Zweijähriges Kind. Erysipel am 13. Tage um die eintrocknenden Pusteln beginnend. Das Kind hatte ein halbes Jahr früher schon Erysipel gehabt.

Diese Fälle machen es nach R. sehr wahrscheinlich, dass Impfrothlauf mit gewöhnlichem Erysipel in ätiologischem Zusammenhang stehen, und sowohl als Früh- wie als Späterysipel auftreten kann. Für die Contagiosität des Erysipels im Allgemeinen führt R. hierauf die von Dr. Blin der Pariser Académie im April 1874 mitgetheilte Beobachtungsreihe an:

Dr. Poinetoin in der Lariboisière hatte zwei Erysipelaskranke auf seiner Abtheilung, als er selbst von der gleichen Krankheit befallen wurde. Ein Dr. Testart aus einem Orte, wo damals kein Fall von Erysipel zur Beobachtung gekommen war, besuchte ihn während der Akme der Krankheit und wurde 3 Tage nach seiner Rückkehr von einem am 13. Tage tödtlich verlaufenden Erysipel befallen. Von Dr. Testart wurde wieder der Bediente, ausserdem aber ein Verwandter, der aus der Nachbarschaft gekommen war, ihn zu sehen,



angesteckt. Er erkrankte 2 Tage nach seiner Rückkehr, und wurde dadurch das Erysipel zum zweiten Male verschleppt. Denn unmittelbar darauf erkrankte die Frau dieses Verwandten und breitete sich nun die Krankheit auf eine Familie Lefrans aus, deren Glieder zu den letztgenannten Personen während ihrer Krankheit mehrfach zu Besuch gekommen waren. Drei Personen aus der Familie Lefrans bekamen Erysipel, ein Verwandter, nachdem er ihnen Besuche gemacht, zwei barmherzige Schwestern, die sie gepflegt. Diese letzteren brachten wieder die Rose in ihr Mutterhaus. Der Arzt, der die letztgenannten Personen behandelt hatte, starb an Erysipel, seine Tochter erkrankte ebenfalls.

Dass endlich das Gift des Erysipels längere Zeit, also gewiss ein Jahr, wie in seinem Falle, sich wirkungsfähig erhalten könne, wird vom Vortragenden als wahrscheinlich angenommen.

Einen Todesfall nach Impfung mit originärer Lymphe berichtet (**29**) Hawes aus seiner eigenen Praxis. Ein 3jähriges Kind, welches er mit solcher Lymphe von einem renommirten Institute geimpft hatte, zeigte Retardation des Impfeffektes. 20 Tage nach der Impfung war der Arm geschwollen, ödematös, die Vaccine-Efflorescenzen so wie reguläre am 9. bis 12. Tage, aber unangenehm riechend. Unter der Borke eitrige, grau belegte Wundflächen. Etwas Fieber. Die Schwellung nahm zu, das Fieber ebenfalls und 26 Tage nach der Impfung starb das Kind plötzlich. (Kein Sectionsbefund.) Vf. schliesst Syphilis-Erysipel vollständig aus. Das Impfscalpel war vor der Impfung in heissen Alkohol getaucht und abgetrocknet worden. In der Gegend herrschte nirgends Rothlauf.

In der zweiten Woche Decembers 1876 wurden an sämmtliche Schweizer Aerzte Correspondenzkarten versandt mit folgenden Fragen, die Impfung betreffend (**30**).

1. Sind Sie nach Ihren Erfahrungen der Ansicht, dass eine erfolgreich ausgeführte Vaccination vor echten Pocken oder wenigstens vor den schweren Formen derselben auf eine längere Reihe von Jahren schützt?

2. Werden Sie daher die Impfung gesunder Kinder empfehlen?

3. Werden Sie auch die Revaccination empfehlen?

4. Halten Sie dafür, dass die Impfung mit retrovaccinirter



Kuh- oder Farrenlymphe solche Vortheile bietet, dass ihre Anwendung möglichst allgemein anzustreben wäre?

5. Sind Sie für Aufrechterhaltung der obligatorischen Impfung?

Vier Wochen später (den 12. Januar) wurde mit der Annahme der Antworten abgeschlossen.

Von den 1376 versandten Stimmkarten kamen nun bis 12. Januar 1186 oder 86·8 Percent beantwortet zurück, oder von 1000 Aerzten haben 848 geantwortet. Die eingelaufenen Antworten sind nachfolgend zusammengestellt:

Nutzen der Impfung	1122 ja,	22 nein,	24 unentschieden.
„ „ Kinderimpfung . .	1128 „	25 „	15 „
„ „ Revaccination . .	1083 „	60 „	25 „
Vortheile der Farrenlymphe .	771 „	213 „	182 „
Zwangsweise Impfung . . .	1010 „	133 „	25 „

31. Stiller. Zum Synchronismus zweier acuter Exantheme. (Wien. med. Woch. Nr. 39, 1877.)

32. Zechmeister. Zum Synchronismus zweier acuter Exantheme. (Wien. med. Woch. Nr. 43, 1877.)

33. Kirschmann. Ueber denselben Gegenstand. (Ebenda Nr. 46.)

34. Buchmüller. Beobachtungen über eine Rötheln-Epidemie. (Wiener med. Presse Nr. 38, 39, 40, 42, 44, 1877.)

35. Alvarenga. Wasserglas gegen Erysipel. (Il Raccoglitore med. Nr. 8, 1877.)

Stiller theilt einen Fall von gleichzeitigem Vorkommen von Scharlach und Masern (**31**) mit, den wir der Seltenheit dieser Complication wegen ausführlich mittheilen.

In einer Familie, welche 3 Kinder hat, erkrankt in den ersten Tagen des Mai 1876 das mittelste, ein $4^1/_2$jähriges Mädchen, an heftiger Scarlatina, welche mit Rachendiphtherie und leichter Albuminurie einhergehend, im Desquamationsstadium durch Bronchitis complicirt, ohne folgenden Hydrops günstig verlief. Die anderen 2 Kinder wurden gleich bei Vermuthung des Exanthems in demselben Hause bei der Grossmutter untergebracht. Die Krankheit war noch auf ihrer Acme, als das älteste 7jährige Mädchen von heftigen Morbillen befallen wurde, welche normal verliefen. Am 21. Mai bekam das jüngste



Kind, ein kräftiger 3jähriger Knabe, vehementes Fieber mit anginösen Erscheinungen, am 23. Mai erschien eine gleichförmige feinpunktirte Röthe an Hals und Rumpf, welche sich unter Steigerung der Halserscheinungen, Exulceration der entzündeten Tonsillen, bald über den ganzen Körper verbreitete. Am 25. macht sich bei Steigerung des Fiebers (Abends 41°) eine enorme Verschleimung auffällig. Die Augenlider geröthet, geschwellt, bedeutende Conjunctivitis, die Nase ergiesst massenhaften Schleim und behindert durch ihre Verstopfung das Athmen, Stimme heiser; starker Husten mit reichlichem schleimigen Auswurf; diffuse feuchte Rasselgeräusche über beiden Lungen. Dabei sind die Tonsillen mit grauen missfärbigen Geschwüren bedeckt, Submaxillardrüsen geschwellt. Die Scharlachröthe in voller Blüthe. Am 26. Mai Abends bemerken die Eltern an den rothen Händen eine ihnen auffallende neue Eruption, welche sich am nächsten Morgen als ziemlich grosse, die Linsengrösse meist überschreitende, unregelmässig rundliche, flache Papeln an der scarlatinös gerötheten Rückenfläche beider Hände und Vorderarme präsentirt. Bis zum 29. hatte sich dieses Exanthem über den ganzen Körper verbreitet, am stärksten am Gesichte. Die ganze Haut ist roth, fast durchaus geschwellt; auf ihrer Fläche erscheint der reichliche neue Ausschlag in Form grosser, oft confluirender, das Hautniveau hie und da beträchtlich überragender Papeln; blos an den Oberarmen und Unterschenkeln, wo die Scharlachröthe erblasst ist, zeigt das nun offenbare Masernexanthem seinen maculösen Charakter, die einzelnen Flecke mehr oder weniger rundlich, von dem blassrothen Grunde sich in dunklerer bräunlichrother Farbe abhebend. Dabei ist der Katarrh der gesammten Respirationsschleimhaut intensiv; das Fieber steht um 40°; die Milz vergrössert; Spuren von Eiweiss im Harne; Submaxillardrüsen stärker angeschwollen, die ganze Unterkiefergegend ödematös, die Halsgeschwüre missfärbig, zerfliessend. Innerlich wird Kali chloricum abwechselnd mit Chinin gegeben, Mund und Rachen werden mit concentrirter Lösung von Kalichlorat zweistündlich ausgespritzt.

Während nun in den nächsten Tagen die Röthe des combinirten Ausschlags zu erblassen, das Fieber sich etwas zu ermässigen anfing, ward Vf. am 3. Juni Morgens von einer neuen Morbilleneruption überrascht, so dass der ganze Körper dicht besäet, die Haut durchaus ödematös infiltrirt erscheint; Lippen trocken, fuliginös, blutend; die Halsgeschwüre und das submaxillare Oedem ungebessert, das Fieber



wieder gesteigert. Doch schon am nächsten Tage, am 4. Juni, Nachlass desselben, Erblassen des Exanthems; in den Zwischenräumen der morbillösen Papeln und Flecke starke scarlatinöse Schälung, so dass selbst die erblassten Masern sich von dem grobmehlig weissen Grunde grell abheben. Am 5. Juni bemerkte Vf. einen etwa fingernagelgrossen, trockenen, schwarzen Brandschorf an der 2. Phalanx des linken Daumens. Am 12. Juni wird eine handtellergrosse Phlegmone an der linken vorderen Thoraxfläche bemerkt, am 16. eine bedeutende Menge dünnen Eiters durch Incision entleert. Eine ähnliche Flächeneiterung stellte sich bald darauf in der linken Axillargegend ein, so wie auch am Capillitium nach einander mindestens 12 hasel- bis wallnussgrosse Abscesse sämmtlich eröffnet wurden. Dieses ganze Nachspiel dauerte bis Mitte Juli.

Das Kind ist also zuerst vom Scharlachcontagium ergriffen worden, welches von der einen Schwester herstammt, und am 5. Tage nach Auftreten des Invasionsfiebers während der Blüthe des Scharlachs — welcher durch die Art des Ausschlags, des Fiebers und der Halsaffection, sowie durch die Bestimmtheit der Derivation auf's deutlichste charakterisirt ist — von den Masern, welche von der zweiten Schwester stammen und sich nach prodromaler Fiebersteigerung und heftigstem Katarrh der gesammten Respirations-Schleimhaut am 6. Scharlachtage in Form von Morbilli papulosi unzweifelhaft aussprechen.

Als Nachtrag zu obigem Berichte theilt Zechmeister (32) Folgendes mit: In einem Sommer der 50er Jahre traten in Essegg epidemisch Masern auf, und so nach einigen Wochen Scharlach, dem wieder Masern folgten. Bei dem Kataster-Beamten M. mit 7 Kindern erkrankten zwei an Masern und in zwei Wochen darauf, als man die Abschuppung erwartete, an Scharlach. Während diese Kinder im Scharlach blühten, erkrankten zwei der Geschwister an Masern; doch als hier die Masern schon entwickelt dastanden, folgte neuerdings heftiges Fieber, die Haut schwoll noch mehr an, wurde heisser, die Masern schwanden und ein gleichförmiges Scharlachroth mit den üblichen Nebensymptomen überzog den Körper. Nach 5—6 Tagen wich die dunkle Röthe und auf der erblassten Haut waren die Masern wieder sichtbar und verschwanden in einigen Tagen. Die darauf erfolgte Abschuppung war eine förmliche Abhäutung. Inzwischen erkrankten abermals zwei der Kinder an Scharlach und nach dessen



Abschuppung an Masern. Das siebente, neugeborene Kind blieb von den Ausschlägen verschont. Die Krankheiten waren bei allen hohen Grades, doch war der Verlauf günstig, trotz kleiner dumpfiger Zimmer und mangelhafter Pflege, da die Mutter in's Wochenbett kam.

So wie es hier in einer Familie in einzelnen Individuen mit den Exanthemen war, war es auch in der Stadt, welche in 3 Theile von Westen nach Osten getheilt ist. In der westlich gelegenen Oberstadt dauerten die Masern 4 Wochen, und während hie und da noch einzelne Fälle vorkamen, zeigte sich auch schon Scharlach, der auch einige Wochen anhielt, um wieder von den Masern abgelöst zu werden; und so ging es in der Festung und Neustadt, ebenso auch in der Unterstadt, nur dass in der Festung und Neustadt um 4 Wochen später und in der Unterstadt wieder um 3 Wochen später die Epidemie ausbrach.

Einen ähnlichen Fall beschreibt Kirschmann (**33**) aus Slepancy in Russland. Das als Masern beschriebene Secundär - Exanthem soll sich durch die grosse Atypicität, Erscheinen und Verschwinden ausgezeichnet haben.

Eine grosse Rötheln - Epidemie beobachtete Buchmüller (**34**) in Donawitz bei Leoben, und zwar 168 Fälle, davon 82 männlichen, 86 weiblichen Geschlechts, meist im Kindesalter. 102 davon hatten bereits früher gemasert. Interessant war das gleichzeitige Auftreten bei fast allen Kindern einer Schulklasse.

Vf. schliesst sich im Allgemeinen den Angaben von Steiner (dieses Archiv 1859) an; doch hält er die Krankheit für entschieden contagiös, wenn auch im geringeren Grade als Masern. Impfversuche mit dem Blute blieben resultatlos.

Bei Erysipel empfiehlt Alvarenga (**35**) Wasserglas (kieselsaures Natron), welches zuerst durch ein Alkali neutralisirt und dann in 7—8 Theilen Wasser gelöst wird. Die Haut soll täglich des Morgens und Abends bestrichen werden und das Wasserglas darauf eintrocknen. In 22 Stunden bis 4—5 Tagen soll das Fieber und die Röthe verschwunden sein. Dann werden Lappen, in Emulsio amygdal. dulc. getaucht, aufgelegt und damit das Wasserglas entfernt.



36. **Campana.** Erythema multiforme exsudativum. (Movim. med. chirurg. Arch. IX. Nr. 28—29. 1877.)

37. **Volquardsen.** Erythem als Folge von Malaria. (Schmidt's Jahrb. Band 175. Nr. 1. 1877.)

38. **Tanturri.** Pathologischer und klinischer Beitrag zur Lehre vom Erythema multiforme exsudativum. (Il Morgagni. April- und Maiheft 1877.)

39. **Breda.** Ein Fall von Erythema multiforme exsudativum mit functioneller Läsion des Sympathicus. (Separatabdr. d. „Gaz. med. Ital. Prov. Ven.“ 20. Jahrg. Nr. 39—40. 1877.)

40. **Oehme.** Ueber Erythema nodosum und seine Beziehung zur Tuberculosis. (Arch. d. Heilk. XVIII. Heft 5, 1877.)

41. **Bouchard.** Ueber Erythema pellagrosum. (Soc. de Biologie, Sitzung v. 19. Mai 1877. Progr. med. Nr. 21, 1877.)

Campana hat an Präparaten von der erkrankten Haut mit Erythema multiforme exsudativum Behafteter (**36**) folgenden histologischen Befund constatirt:

Im Malpighischen Stratum haben Protoplasma und Kerne der Zellen zugenommen und sind grösstentheils getrübt; in einigen derselben ist der Kern hydropisch und seitwärts gedrängt oder ganz verdrängt, in letzterem Falle bildet das Protaplasma einen Ring und die ganze Zelle ist dann grösser, als sonst Zellen der Malp. Schicht zu sein pflegen. In den tieferen Schichten sind die einzelnen Zellen von einander weiter abstehend, die fädigen Verbindungen zwischen denselben grösstentheils unterbrochen, die cylinderähnlichen Zellen haben ihre Gestalt eingebüsst und sind hie und da von ihrer Unterlage abgehoben. Manchmal ist letzteres nur zum Theile der Fall, dann erscheinen die Zellen namhaft verlängert. Ihre Fortsätze stehen mit denen, welche ausgehen von den Endothelzellen, deren Gesammtheit die Grenze zwischen Malpigh. und Papillar-Schicht bildet, in netzförmiger Verbindung und enthalten die Maschen dieses Netzes eine seröse Flüssigkeit mit wenigen Leucocyten. Ein grosser Theil der Maschen hängt mit den erweiterten Lymphräumen des Bindegewebes zusammen und einzelne derselben stellen runde, mit vergrösserten Endothelzellen ausgekleidete Räume dar. In den Lymphräumen des Bindegewebes sieht man Lymphzellen. Die papillären Erhebungen sind im Allgemeinen grösser und die leimgebenden



Schichten sind breiter und durchscheinender. Ausserdem finden sich beträchtliche Anhäufungen von Lymphzellen um die zusammengedrückten Capillaren, in den Lymphräumen, um die Knäuel und Ausführungsgänge der Schweissdrüsen, und noch mehr um die Lymphräume und die Anhängsel der Haarbälge und um die glatten Muskelfasern derselben. Wo dieser Befund an den Blutgefässchen fehlt, dort sind dieselben erweitert und enthalten viel Blut. Die Endothelzellen sind beträchtlich vergrössert.

Diesen Befund erklärt der V. so: Die Lymphelemente und das Plasma treten aus den Gefässen aus, erweitern die Bindegewebsräume und suchen gegen die freie Oberfläche der Haut vorzudringen. Dabei treiben sie die Epithelelemente vor sich her, entfernen sie von einander und verunstalten sie, dann drängen sie sich in die Interciliarräume, die sie gleichfalls erweitern.

Die rhomboidale Gestalt der einzelnen Efflorescenzen-Gruppen hängt von der anatomischen Anordnung der leimgebenden Schichten der Cutis ab. Diese und die Wanderzellen haben einen bestimmenden Einfluss auf das örtliche Vorkommen der Efflorescenzen. Ihre Form (Aneinanderreihung) wird durch die obige Angabe: die Infiltration finde sich vorzüglich um die comprimirten Gefässe und Haarfollikel, erklärt, der ganze Process aber ist ein exsudativer, der mit einer Störung im Kreislaufe beginnt und durch perivasculäre und perifolliculäre Infiltration, Lymphödem der Lacunen und Interciliarräume zur Bildung von Papeln, Bläschen und Blasen und ausgedehnten Infiltraten führt. Als genetische Ursache des Leidens sieht V. den Rheumatismus an, für welche Hypothese ihm einerseits das Verhalten der serösen Membranen als Stütze gilt, andererseits die Anschauung Ranvier's über das Bindegewebe, das von diesem Autor mit den serösen Membranen (im gewissen Sinne) parallelisirt wird. Nach Mittheilung eines Falles von Erythema multiforme exsudativum kommt V. noch auf den anatomischen Zusammenhang zwischen diesem und dem Herpes iris zu sprechen und sucht durch Annahme eines Stadiums vesiculo-irideum zwischen den diesbezüglich einander entgegenstehenden Anschauungen zu vermitteln. Kohn.

Folgende Fälle von Malaria-Erythem schildert Volquardsen (37):

I. Erythema nodosum. Die 29 Jahre alte M. B., eine



grosse stark gebaute Frau mit gut entwickeltem subcutanen Fettpolster, war Mitte Sommer 1873 von San Francisco in Californien, woselbst keine Malaria existirt, nach Santa Barbara in demselben Staate, welches an einem bedeutenden Sumpfe gelegen und von einem im Sommer austrocknenden schmutzigen Bache durchflossen ist, übergesiedelt. Bald nach ihrer Ankunft in S. Barbara hatte sie eine Veränderung in ihrem Wohlbefinden bemerkt, sich schlaff und nach der geringsten Anstrengung ermüdet gefühlt, dann auch bald mehrfach an Menorrhagien gelitten. Am 19. Februar 1874 fand Vf. die Pat. anämisch, Puls 68—70, klein und leicht zusammendrückbar, Temperatur normal, Zunge weiss belegt, Appetit gering, Stuhl angehalten, und an den Unterschenkeln, und zwar auf die vordere Hälfte derselben beschränkt, ein sehr schön entwickeltes Erythema nodosum. An dem einen Unterschenkel waren 3, an dem andern 4 Knoten und auf der Dorsalfläche des dem letztern angehörenden Fusses ein Knoten vorhanden. Die Farbe der Knoten war eine entzündliche blasse Röthe, dieselben ragten etwa 2—3''' über ihre Umgebung hervor, die Form war bei den kleinern die kreisrunde, bei den grössern mehr eine ovale, der längere Durchmesser des Ovals der Längsrichtung des Unterschenkels entsprechend. Die Länge des Durchmessers der einzelnen Knoten variirte von dem einer Wallnuss bis zu dem einer Apfelsine. Die grössern Knoten waren sämmtlich zuerst von der Grösse der kleinern gewesen, aber während ihres Bestehens immer mehr bis zu der angegebenen Grösse gewachsen. Etwa 1 Woche früher hatte die Pat. am Nachmittage zum ersten Male einen leichten Fieberanfall verspürt, und während desselben war der erste Knoten, begleitet von einem brennenden Schmerz, an dem einen Schienbein zum Vorschein gekommen, von da an sei ein Knoten dem andern gefolgt, bis zuletzt noch wieder am Morgen des 19. Februar ein neuer Knoten hart unterhalb der Kniescheibe erschienen war. Dieser neueste Knoten entsprach in seinem Umfange dem einer kleinen Wallnuss. Das Fieber der Pat. hatte sich jeden Nachmittag wiederholt, sich seit dem ersten Anfall von Tag zu Tag gesteigert und die Dauer desselben sich von anfänglich einigen Stunden bis auf nach Mitternacht hin ausgedehnt. In der fieberfreien Zeit war der brennende Schmerz, den das Erythem verursachte, erträglich, während des Fiebers jedoch auf das höchste gesteigert. — Verordnung: Aeusserlich Bleiwasserumschläge, innerlich Chinin mit Morphin. Am 20. Februar war das Fieber,



sowie auch der Schmerz in dem Erythemknoten geringer; am 21. Februar war weder Fieber noch auch Schmerz in den Erythemknoten vorhanden und letztere waren nicht allein nicht weiter gewachsen, auch der zuletzt erschienene nicht, sondern schon bedeutend verblasst. Das Erythem verschwand in wenigen Tagen ohne weitere Medication. Eine nur geringe Abschilferung der Haut erfolgte. Eine Nachbehandlung mit Eisen und kleinen Dosen Chinin stellte den früheren Gesundheitszustand bald wieder her.

II. Erythema papulatum. W. Sch., Landmann in der Nähe von Waterloo (Illinois), 34 Jahre alt, wurde in der Nacht vom 13. auf den 14. September 1875 von einer der daselbst im Nachsommer endemischen perniciösen Fieberformen befallen. Kopfschmerz bis zur Theilnahmlosigkeit für die Umgebung, heftiges Erbrechen und starke Diarrhöe, typhusartige Stühle, dabei starke Kolikschmerzen, hohe Körpertemperatur, die Haut mit Schweiss bedeckt, der Puls klein und schnell, 140, dabei ein, mit Ausnahme des Gesichts, über den ganzen Körper, besonders am Stamm verbreitetes Erythema papulatum. Die einzelnen Flecke des Erythems, welche sich kaum merklich über die Haut erhoben, waren von dunkelrother Farbe, erblassten unter Fingerdruck zum Gelblichen und variirten in ihrer Grösse von der einer Bohne bis zu der eines Stecknadelknopfes. Die Form der grössern war eine sehr unregelmässige und verschiedene, die der kleinsten rund.

Verordnung: Eispillen, Opium, sodann Chinin. Die Diarrhöe hatte bald aufgehört und war schon am andern Tage das Gesammtbefinden des Pat. leidlich, das Fieber gering und das Erythem bereits zu einer gelblichen Farbe abgeblasst. Am 16. September war Fieber und Erythem verschwunden. Eine Abschilferung der Haut konnte nicht bemerkt werden.

Die Mittheilung von 19 Fällen von Erythema multiforme exsudativum (38) leitet Tanturri unter anderen mit der Bemerkung ein, dass die Krankheit zuweilen auch ohne Fieber verlaufen könne, wiewohl mitunter hohe Temperaturen die Eruption begleiten. Er bestätigt die Beobachtung von Lipp (dies. Arch. 1871 pag. 221 ff.) von manchmal stattfindender Bläschen- und Blasenbildung auf den einzelnen Efflorescenzen — durch erstere entsteht Aehnlichkeit mit Herpes iris. Die Conjunctiva, so wie einzelne Partien der Schleimhaut der Mundhöhle und des Rachens können Sitz der Affection sein. Aber der



Verf. widerspricht der Anschauung, dass Hände und Füsse immer Efflorescenzen tragen müssen. Häufige Recidive (auch innerhalb eines Jahres) kommen vor. Ein Zusammenhang mit Rheuma scheint plausibel. Die von Lewin (diese Vierteljahresschrift 1876 pag. 440) aufgestellte Hypothese von einem Zusammenhange des Leidens mit einer vasomotorischen Neurose bezeichnet er als verfrüht, da noch Untersuchungen über das Verhalten der Ganglien des Sympathicus fehlen. Dass die Streckflächen der Extremitäten Prädilectionsorte für das Exanthem sind, findet Verf. in der stärkeren Epidermidalentwicklung dieser Stellen begründet, welche ihrerseits stärkere Entwicklung der Papillargefässe bedingt. Letztere ist zudem noch abhängig von der Anordnung der Spaltungslinien, von der wiederum Spannung und Elasticität der Haut abhängen. In anderer Beziehung wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Venen an Caliber die Arterien weit übertreffen, dass sie an der Basis der Papillen oft ein Netz aus relativ ziemlich dicken Strängen bilden, welches an einzelnen Stellen lacunenartige Ausweitungen hat, wodurch die Consequenzen der Stase gesteigert und Hämorrhagien begünstigt werden, welche zum Theile zu dem eigenthümlichen Aussehen der Efflorescenzen Veranlassung geben.

Unter den mitgetheilten Fällen ist einer, in welchem sich das Leiden zu recenter Syphilis gesellte. Kohn.

Ein 18jähriges sonst gesundes Mädchen, das im 13. Lebensjahre zum ersten Male menstruirte, etwas nervös war, zur Menstruationszeit zuweilen an Globus hyst. litt, erkrankte nach Breda's Krankengeschichte (**39**) im 11. Lebensjahre an einem Hautleiden, das sie seitdem nicht verlassen hat. Es entstand nämlich unter Schmerzen im Unterleibe, Verminderung der Sehhraft, ein rother Fleck auf der rechten Wange, nachdem früher vorhanden gewesene allgemeine Blässe geschwunden war. Der Fleck bedeckte sich mit einer gelblichen Flüssigkeit, welche bald zu einer Kruste vertrocknete, die 4—5 Tage haftete.

Dieser Anfall, der anfangs nur monatlich 1 Mal auftrat, wiederholte sich dann öfter und unter Entwicklung von vielen Flecken im Gesichte, am Stamme und den Extremitäten, so dass alle Beugeflächen nach und nach Sitz von solchen Efflorescenzen wurden.

Eine Zeit lang schien ein Zusammenhang zwischen Exanthem und Menstruation zu bestehen, es stellte sich jedoch später unab-

hängig von letzterer und äusserst unregelmässig ein. Anlässlich einer zur Zeit des Bestehens des Exanthems vorgekommenen Supraorbitalneuralgie wurde das Auge näher untersucht und constatirt, dass die Verminderung der Sehschärfe auf Mydriasis und venöser Retinalhyperämie beruhe. — Da der Ausschlag mehrere Jahre lang wiederkehrte, so wurden eine Unzahl von Mitteln gegen denselben versucht, unter anderen auch eine Therme, Kaltwasserkur und Electricität — alles ohne den geringsten Erfolg. Aus dem weiteren Verlaufe sei nur hervorgehoben, dass einmal ein Gemüthseindruck (Trauer, Schreck) einmal ein Trauma das Ausbrechen des Exanthems veranlasste, ferner, dass der jenes Ausbrechen begleitende Schmerz weder zur Zahl, noch zur Dauer der Efflorescenzen in irgend einem Verhältnisse stand; Subcutan-Injectionen von Morph. beeinflussten ihn, aber nicht den Ausschlag. Manchmal geschah es, dass auch jener Schmerz im Unterleibe sich zeigte, ohne dass ihm ein Exanthem folgte. Später zeigte sich eine Neuralgie der Mahlzähne links, dann beiderseits oben und unten. Einmal trat durch $^1/_2$ Stunde Urticaria auf, gleichzeitig Schmerz in Regione suprapubica und Dysurie, welche letztere 2 Tage anhielt.

Gegen Zahnschmerz wurden nicht ohne Erfolg Bestäubungen mit Aether angewendet. — Oertlich wurden auf die Krusten der Efflorescenzen erweichende Mittel applicirt. Eine Guttaperchamaske im Gesichte wurde nicht vertragen. — Auch die Schleimhaut der Mund- und Nasenhöhle zeigte sich einmal afficirt, letzteres führte zu Nasenbluten, das von einer leichten Hämoptoë abgelöst wurde. Einmal trat aussermenstruale Blutung aus den Genitalien nach einem Schreck gleichzeitig mit dem Exanthem auf. Die darauffolgende Menstruation war von einem schleimigen Ausflusse und Brennen an den Genitalien begleitet. Da man an eine Nervenaffection dachte, bekam die Kranke 1151 Kapseln, welche je 5 Tropfen Terpentin enthielten, aber ohne Erfolg bezüglich des Exanthems.

Immerhin muss man zugeben, dass man doch nur eine Neuralgie vor sich hatte, da der begleitende Schmerz im Unterleibe trotz der häufigen Recidive innerhalb 7 Jahren zu keiner palpablen Veränderung führte. Ferner ist in dieser Hinsicht zu erwähnen, dass auch andere Affectionen, nachweislich der Nervensphäre angehörig, gleichzeitig mit der Affection im Unterleibe oder abwechselnd mit derselben (z. B. der Neuralgie in den Mahlzähnen) auftraten und von dem Exanthem begleitet waren. Bei Erwägung aller dieser Umstände

kommt man zu der Anschauung, es habe sich um eine Neuralgia coeliaca partialis gehandelt und auch das Hautleiten sei ein direct vom Nervensystem beeinflusstes gewesen. Die mikroskopische Untersuchung des Secretes, die Untersuchung der einzelnen Plaques führte zu keinem Aufschlusse. Man fand ausser Blut — keine morphologischen Bestandtheile im ersteren und die letzteren zeigten nach Beseitigung der Krusten eine rauhe Fläche, Hautdrüsenmündungen und eine mässige flache Härte bei der Betastung. Schon wenige Tage nach Abfallen der Kruste hatte die Entwicklungsstätte der Efflorescenz wieder ihr früheres normales Aussehen. — Nachdem der Verf. das Bestehen von Hämatidrosis ausgeschlossen und dargethan hat, dass das Leiden nicht als Urticaria aufzufassen ist, gelangt er zu dem Schlusse, dass man es mit einer Varietät des Erythema multiforme exsudativum und zwar der vesiculösen zu thun habe. Der Fall sei eine Stütze für Lewin's Anschauung: Das Erythem entwickle sich als eine vasomatorische Neurose, durch Reflex von Urethralreizung, durch einen blennorrhagischen Zustand gesetzt, die dabei in Betracht zu ziehenden Nervenbahnen sind die des Sympathicus. Alles das werde bewiesen durch die Dilatation der Pupille, die allgemeine Röthe, die Zunahme der Temperatur, eine Folge von Gefässlähmung und durch den Umstand, dass es bei Zunahme der Gefässlähmung zu Blutaustritten und endlich im minder resistenten Schleimhautgewebe zu vollständigen Hämorrhagien kam. Kohn.

Nach einer eigenen und 17 Beobachtungen von Fiedler, sämmtlich an Weibern, stimmt Oehme (40) der Ansicht Uffelmann's bei (diese Viertelj. 1874 pag. 107, 1877 pag. 250) dass das Erythema nodosum, wenn es anämische, schwächliche, aus phthisischer Familie stammende Personen, namentlich kindlichen Alters befällt, als ominöses Leiden zu betrachten sei. Sein Fall betraf ein 15½jähriges, bisher gesundes, jedoch schwächliches, noch nicht menstruirtes Mädchen. Der Verlauf war typisch: fieberhaftes Prodromalstadium von 2 Tagen mit 39·2 Abendtemperatur, 9tägiger Fieberverlauf mit Steigerungen bis 39·7, Erythemknoten an beiden Unterschenkeln: dabei mässig intensive Bronchitis in beiden unteren Lungenlappen, ohne sonstige nachweisbare Abnormität in den Lungen. Nach völliger Wiederherstellung blieb Pat. durch 6 Wochen gesund, erkrankte dann an einer Meningitis, an der sie bald zu Grunde ging. Die Section ergab:



Miliartuberculosis der weichen Hirnhaut, besonders der Basaltheile; Miliartuberculose der Pleuren und Lungen (letztere frei von sonstiger Erkrankung); vergrösserte Bronchialdrüsen; Miliargranulationen der Leber, Milz und Niere. Verf. hält die Localaffection für eine vasomotorische Neurose.

Bouchard bespricht (41) das Erythema pellagrosum, welches dem Erythema solare nahe steht und erinnert an Versuche von Charcot, der constatirte, dass die chemischen Strahlen ein heftigeres Erythem als die Wärmestrahlen erzeugen können. B. hat nun gefunden, dass bei Pellagra die violette Partie des Spectrums die am meisten active ist. Der Vorderarm eines Pellagrösen wurde mit einer gefensterten Diachylonbinde bedeckt und die Hälfte des Fensters mit einer dünnen Lage von schwefelsaurem Chinin überzogen, dann die Haut den Sonnenstrahlen ausgesetzt. Nach $1^1/_2$ Stunden entwickelte sich auf der unbedeckten Hautstelle ein Erythem, nicht aber auf der mit Sulf. Chinin bedeckten. Ob das Resultat eine Folge der Fluorescenz dieses Salzes sei, wagt B. nicht zu entscheiden. Keineswegs sei anzunehmen, dass das Pellagra einer verminderten Fluorescenz der organischen Flüssigkeiten zuzusprechen sei, was ja in diesem Versuche nicht der Fall war.

Bert erwähnte hierauf seine Versuche mit der Chamäleonhaut, auch da zeigte sich der violette Theil des Spectrums am meisten activ. Er hat die Veränderungen der Hautfärbung beim Chamäleon auf vasomotorische Vorgänge beziehen zu dürfen geglaubt.

42. Sonnenburg. Die Ursachen des rasch eintretenden Todes nach ausgedehnten Verbrennungen. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. IX. S. 138. 1877.)

43. Blake. Herpes zoster auricularis. (Bost. med. and surg. Journ. Vol. I. 1877.)

44. Kaposi. Neuer Beitrag zur Lehre vom Zoster. Zoster recidivus. 6., 7., 8. und 9. Eruption. (Wien. Med. Wochensch. Nr. 25 und 26, 1877).

45. Rché. Klinische Betrachtungen über die Pathologie des Herpes Zoster. (Am. Arch. of Derm. Bd. III. pag. 313. Juli 1877.)

46. Robinson. Pompholyx (Americ. Arch. of Derm. Juli 1877).



47. **Tilbury Fox**. Bemerkungen über Dysidrosis. (Ebenda. Jänner 1878.)
48. **Zeissl**. Ein Fall von Pemphigus foliaceus. (Wiener med. Wochenschrift. Nr. 10 und 11. 1877.)
49. **Heitzmann**. Ueber die Beziehung von Impetigo herpetiformis zu Pemphigus. (Am. Arch. of Derm. IV. Jänn. 1878.)

Als Todesursachen in Fällen von schnell tödtlichen Verbrennungen bezeichnet Sonnenburg (42) entweder die Ueberhitzung des Blutes und die aus derselben nothwendiger Weise sich ergebende Herzparalyse, wobei der Blutdruck nicht herabgesetzt zu sein braucht oder, besonders in Fällen weniger schnellen Todes, Collapserscheinungen in Folge eines übermässigen Reizes auf das Nervensystem, der reflectorisch eine Herabsetzung des Tonus der Gefässe zur Folge hat. — Wurde nämlich ein an den hinteren Extremitäten und dem unteren Bauchtheile verbrühter Frosch nach Resection des Sternums mit einem normalen verglichen, so zeigte sich in auffallender Weise eine Herabsetzung des Tonus der Gefässe, während das Herz kräftig, aber wirkungslos arbeitete. Nahm Vf. dagegen die Verbrühung erst nach Durchschneidung der Ischiadici oder nach tiefer Rückenmarksdurchschneidung vor, so konnte er keine Spur einer Reaction auf Herz oder Gefässe auffinden. Bei Säugethieren, bei denen die Uebergiessungen ebenfalls bis zur Grenze der Brust- und Lendenwirbel vorgenommen wurden, zeigte sich beim Beginn der Verbrühung eine starke Erhebung des Blutdruckes, während er nach Schluss derselben bedeutend und stark abfiel, auch wenn die Ueberhitzung des Blutes durch nachträgliche sofortige kalte Uebergiessungen vermieden wurde. Hatte man dagegen kurz vor der Verbrühung das Rückenmark durchschnitten, oder Aorta und Vena cava so unterbunden, dass das untere Rückenmarkssegment für eine Zeit blutleer blieb, so liess sich an den Curven keine wesentliche Aenderung finden. Wenn auch nach Tagen oder Wochen durch Resorption von den verbrannten Flächen aus der Tod unter dem Bilde einer allgemeinen Sepsis oder durch die an die Verbrennung sich anschliessende Entzündung ausgedehnte Thrombenbildung und Lungenembolie eintreten kann, so ist doch nach dem Vf. weder Abkühlung und Herzlähmung in Folge einer Lähmung der Hautgefässe, noch die Resorption schädlicher Stoffe im Blute bei schnell tödtlichen Verbrennungen als Todesursache anzunehmen.



Blake erzählt (**43**) einen Fall von Vereiterung des Mittelohrs mit Durchbruch durchs Trommelfell, bei welchem nach einiger Zeit plötzlich unter heftigen Schmerzen vor der Ohrmuschel ein Herpes auftrat. Zugleich schwoll die gleichseitige Unterkieferdrüse und erfolgte stärkere Speichelabsonderung. Letztere Erscheinungen werden auf eine Perineuritis der Chorda zurückgeführt, umsomehr als nach Verf. Veränderungen des Geschmackes bei Affectionen des Mittelohres (42 von 67 Fällen seiner Beobachtung) häufig seien.

Kaposi hatte (siehe diese Viertelj. 1874 pag. 411 und 1875 pag. 522) über einen Fall von recidivirendem Herpes Zoster berichtet. Das letzte (vierte) Recidiv (5. Eruption) October 1875 war wie die früheren Eruptionen rechts und zwar im Gebiete des Plexus cervico-brachialis dexter erschienen.

Derselbe Autor macht nun (**44**) von einem sechsten, siebenten, achten und neunten Recidiv-Ausbruche von Zoster bei der Kranken Mittheilung. Diese Male trat der Zoster ausserhalb des oben genannten Nervengebietes auf, welches von den ersten fünf Eruptionen betroffen worden war. Und zwar erschien als sechster Ausbruch ein Zoster lumbo-sacro-cruralis der rechten Seite, als siebenter achter und neunter Ausbruch ein Zoster cervico-brachialis der linken Seite.

Vf. berichtet im Anschluss daran und an seine Arbeit über die Aetiologie des Zoster (siehe diese Virtelj. 1876, pag. 448) über den Befund eines Kranken, der einige Tage vor seinem Tode einen gut entwickelten Zoster frontalis dexter dargeboten hatte und noch während des Bestandes des Zoster verstarb. Es haben sich Hämorrhagien in dem entsprechenden Ganglion Gasseri gefunden, also ein Analogon zu den Funden von Wyss und Sattler und zu dem des Vf. von den Spinalganglien. Andererseits ist in der Wiener pathologisch-anatomischen Leichenkammer bei einem Falle von Zoster pectoralis keine Erkrankung der Intervertebral-Ganglien, sondern eine blosse Umspülung der der Zosterseite entsprechenden Nervenstämme durch Eiter gefunden worden, der von einer derselben Körperseite entsprechenden Caries der Wirbel herrührte.

Vf. nimmt an, dass bei der P. und zwar im unteren Halstheile, eventuell auch dem oberen Brusttheile des Rückenmarks und nicht bloss in den Intervertebral-Ganglien von Zeit zu Zeit kleine, aber



intensive hämorrhagische Herde aufgetreten sind, die jedesmal an der peripheren Nervenendigung in der Haut mit einem Zoster hämorrhagicus oder gangraenosus beantwortet wurden. Nur die Hämorrhagie mache so ungleiche Läsionen, wie sie hier vorliegen. Und so mag es sich erklären, dass auf der entsprechenden Hautfläche neben den Produkten geringfügiger Reizung, den miliären und grösseren Bläschen unmittelbar tiefe Gangrän und Gewebsschmelzung erscheint. Da aber die P. 9 Mal solche Erscheinungen darbot, demnach 9 Mal solche Hämorrhagien in das Rückenmark bei derselben stattgefunden haben mussten, so fragt sich Vf., was diese örtlichen und zeitweise sich wiederholenden Hämorrhagien bei der P. veranlassen mag und glaubt zwei Möglichkeiten aussprechen zu dürfen: Entweder sind die kleinsten Gefässe im besprochenen Gebiete atheromatös und daher zerreisslicher. Dafür habe er keine genügenden Anhaltspunkte. Die Person ist jung, hat keinen Herzfehler, keine erkennbare Erkrankung der für die Untersuchung mehr zugänglichen grösseren Gefässe. Oder es befindet sich an der besprochenen Stelle des Rückenmarkes ein gefässreiches Neugebilde, aus welchem zeitweilig daselbst Hämorrhagien erfolgen. In diesem Falle dürfe man im weiteren Verlaufe wohl eine Aufklärung bekommen.

Der seit Baerensprung allgemein angenommenen Meinung, dass der Zoster eine Neuropathie sei, tritt Rohé (**45**) mit folgenden Gründen entgegen, welche zugleich dessen Einreihung unter die exsudativen acuten Dermatosen Hebra's bezwecken: 1. Die strenge Begrenzung der Krankheit und ihre Tendenz zu spontaner Heilung. 2. Das constante Vorkommen von Prodromalerscheinungen. 3. Die Einmaligkeit ihres Auftretens für ein ganzes Leben. 4. Die Unwirksamkeit abortiver Behandlungsmethoden. 5. Das bisweilen vorkommende halbepidemische Auftreten derselben.

Den einzig berechtigten Einwurf gegen seine Anschauung findet der Vf. in der Einseitigkeit des Auftretens des Zoster. Doch führt er in dieser Richtung die Cynanche parotidea an, welche auch in der Regel einseitig beginnt (aber gewöhnlich in einigen Tagen beiderseitig wird).

Wir haben schon zu wiederholten Malen die Aufmerksamkeit unserer Leser auf eine Hautaffection zu lenken Gelegenheit gehabt, welche zuerst Tilbury Fox 1873 als Dysidrosis (s. dieses Arch. 1873 pag. 556 und 1877 pag. 257) und dann Hutchinson 1876 als Cheiro-Pompholyx (s. diese Viertelj. 1877 pag. 257) be-



schrieben und als neue Hautkrankheit hingestellt haben. Hieran schlossen sich Aufsätze über denselben Gegenstand von Bronson und Cottle (diese Viertelj. 1877 pag. 587 u. ff.)

Nun publicirt neuerdings Robinson (46) eine eingehende klinisch-anatomische Darstellung desselben Gegenstandes nach Beobachtung einer Kranken, welche der New-York Dermatological Society vorgestellt wurde und zuerst 1871 durch zwei Monate an dem Ausschlage an Händen und Füssen gelitten hatte. Der zweite Anfall trat 1877 auf und bestand in sagoförmigen tiefgelegenen Bläschen, hie und da symmetrisch in Gruppen geordnet, die manchmal später zu Blasen zusammenflossen und dann ohne Bildung nässender Flächen vertrockneten. Die Patientin ist nervös und friert leicht. Schweissabsonderung reichlich. Die chemische Untersuchung des Blaseninhalts ergab alkalische oder neutrale, niemals saure Reaction; Salpetersäure gab einen reichlichen Niederschlag von Eiweiss.

Verf. schliesst daraus entgegen der Behauptung von Fox, dass die Erkrankung nichts mit den Schweissdrüsen zu thun habe, das Secret sei Serum.

(Die anatomische Untersuchung excidirter blasiger Hautpartien, welche der Verf. anstellte, scheint nach dem vorliegenden Bericht nichts Bemerkenswerthes oder Neues ergeben zu haben A.).

Tilbury Fox antwortet hierauf (47) mit einer nochmaligen Darlegung seiner (wie es scheint berechtigten) Prioritätsansprüche gegenüber Hutchinson und mit der Erklärung, dass bei seiner „Dysidrose" jedesmal mit einer guten Loupe eine Affection der Schweisskanäle beobachtet werden könne; dass bei ihnen veränderte Schweissecretion mit entzündlichen Produkten vermischt vorkomme, also sich auch Albumen niederschlagen und ebenso eine alkalische Reaction eintreten könne; endlich dass der Fall von Robinson gar keiner von Dysidrose, sondern ein „pemphigoider" gewesen sei (ein Kind des Kranken war auch an Pemphigus gestorben). Doch mögen auch solche Blasenbildungen wie in Robinson's Fall als Folge von Dysidrose, d. h. von primärer Schweissdrüsen-Affection auftreten, wie er selbst beobachtet habe.

(Unsere Anschauung über die Originalität des Leidens haben wir bei Gelegenheit der früheren Citate in dieser Viertelj. ausgesprochen und vorläufig keinen Grund, davon abzugehen A.).



Zeissl schildert (**48**) einen exquisiten Fall von Pemphigus foliaceus. Mit der Blasenbildung an den äusseren Hautdecken hielt in diesem Falle die Erkrankung der Schleimhäute gleichen Schritt, besonders an Lippen, Zahnfleisch und Zunge. Aphthöse Trübungen des Epithels, welches darnach abgehoben ward, traten ein, etwas capilläre Blutung folgte, wonach das Blut zu einem trockenen Schorfe eintrocknete. — Aetiologische Momente waren gar nicht zu eruiren, therapeutisch nichts auszurichten. Die Section ergab nichts Charakteristisches. — Im geschilderten Falle hatten Cocapräparate sich als gute Antisyalagoga in Form von Gargarismen bewiesen; innerlich genommen blieben sie wirkungslos. Zur Anwendung der Coca gab die Thatsache Veranlassung, dass die Aymara-Indianer, welche ihre syphilitischen Patienten seit Alters mit Quecksilber curiren, den Speichelfluss dabei durch Kauen von Cocablättern beseitigen.

Heitzmann berichtete (**49**) in der Am. Derm. Assoc. (Septbr. 1877) über einen Fall von „Impetigo herpetiformis“ bei einem 52jährigen gutgenährten Weibe, welches ein Jahr zuvor an Eczem der Nackenhaut gelitten, mehrere gesunde Kinder in früherer Zeit geboren hatte und 6 Wochen vor ihrer Besichtigung durch den Vf. (August 1876) an einer (für syphilitisch gehaltenen) pustulösen Eruption zuerst der Mundschleimhaut ergriffen worden war. Verf. fand stecknadel- bis pennygrosse Bläschen, Blasen und Pusteln, theilweise confluirend, nicht nur im Munde, sondern auch am rechten Ohr und dem Nacken; unter den Brüsten und an beiden Schamfalten war die Haut infiltrirt und excoriirt, theilweise narbig. Nasen- und Conjunctivalkatarrh. Sonst gesund, nicht schwanger. Aehnliche Eruptionen folgten später an der Mund- und Nasenschleimhaut (mit Gesichtsrothlauf); ferner an den Genitalien und dem Nabel. Ende September 1876 war Alles ziemlich geheilt; dagegen entwickelten sich nach und nach grosse Pemphigusblasen; Mitte Februar 1877 starb sie unter Erscheinungen von Gehirnödem. Die Section wurde nicht gestattet.

(Der Verf. bezeichnet nun diesen Fall, trotzdem das ausschliesslich charakteristische Wuchern der Efflorescenzen wie spitze Condylome offenbar gefehlt hat, und obwohl bisher solche Fälle nur bei Schwangeren und Wöchnerinnen beobachtet worden sind, als Impetigo herpetiformis. Nach der gegebenen Beschreibung hat es sich jedoch, wie Ref. glaubt, einfach um einen Pemphigus gehandelt und die



Schlüsse, welche der Verf. betreffs der Verwandtschaft beider Krankheiten zieht, dürften vorläufig nicht genügend begründet erscheinen.

Dass der Verf. übrigens von der Geschichte der in Rede stehenden Krankheit nur anführt, dass Hebra sie zuerst 1876 abgebildet, von der Gruppe der Herpesformen getrennt und mit dem Namen Impetigo herpetiformis belegt habe, hält Ref. für ein incorrectes Vorgehen. Ref. hat zuerst in diesem Archiv 1869, pag. 146 ff., zwei Fälle dieser Krankheit, davon einen, den er auf Hebra's Klinik beobachtet hatte, mit dem Sectionsbefunde beschrieben, die Krankheit ausdrücklich als eine selbstständige bezeichnet, ihre Stellung im System erörtert und ihr den Namen Herpes vegetans beigelegt. Ob aber diese Nomenclatur weniger Berechtigung verdient, als die später von Hebra gegebene Impetigo herpetiformis — darüber sind die Akten noch lang nicht geschlossen. A.)

50. **Bulkley**. Sind Eczem und Psoriasis locale Hautkrankheiten oder constitutionelle Erkrankungen? (Transact. of the Intern. med. Congress, Sept. 1876.)
51. **Campbell**. Die Beziehungen zwischen Eczem und Psoriasis. (Am. Arch. f. Derm. Bd. III. pag. 311. 1877.)
52. **Lawson**. Zur Behandlung des Eczems mit Collodium. („Lancet" 23. Juni 1877.)
53. **Michaelis**. Salicyl-Eiweiss und Ricinus-Collodium gegen Aufreibungen und Flächen-Entzündung der Haut. (Wien. med. Presse Nr. 15, 1877.)
54. **Poor**. Beiträge zur Aetiologie und Therapie der Psoriasis vulgaris. (Prager Vierteljahrsschr. CXXXVII. 1877.)
55. **Kaposi**. Symptome und Behandlung der Psoriasis universalis. (Wiener med. Woch. Nr. 44 und 45, 1877.)
56. **Balmanno Squire, Thorp, Ollerhead**. Chrysophansäure gegen Hautkrankheiten. (Brit. med. Journ., 5. Mai 1877.)
57. **Will**. Derselbe Gegenstand. (Med. Press and Circular. 8. August 1877.)
58. **Murray**. Ein neues Mittel (Tong Pang Chong) gegen gewisse Hautkrankheiten. (Brit. med. Journ. 19. Mai 1877.)
59. **Keith**. Behandlung der Psoriasis mit Goa-Pulver. (Brit. Med. Journ. 28. April 1877.)



60. **Whipham**. Zwei Fälle zur Beleuchtung des Nutzens der Chrysophansäure bei Psoriasis nach dem Fehlschlagen anderer Mittel. (Phosphor, siehe diese Vtljschr. 1877, pag. 610.)

61. **Balmanno Squire**. Psoriasis behandelt mit Phosphor-„Perlen“ und Chrysophansäure. (Brit. med. Journ. 3. Nov. 1877.)

62. Derselbe. Ueber die Behandlung der Psoriasis mit einer Salbe von Chrysophansäure. (Essays on the Treatment of Skin Diseases Nr. IV, 3. Nov. 1877.)

63. **I. Neumann.** Ueber Behandlung der Psoriasis vulgaris, des Herpes tonsurans und der Pityriasis versicolor mit Chrysophansäure und Goa-Pulver. (Sitzungen des Wr. med. Doct.-Coll. vom 4. März und der Wiener Ges. der Aerzte vom 29. März. — Wiener med. Presse Nr. 14, 15, 16, 1878.)

64. **Jarisch.** Ueber Chrysophansäure. (W. med. Bl. I. Nr. 7, 1878.)

65. **Mc Call Anderson.** Pityriasis rubra. (Brit. Med. Journal, 8. Dec. 1877.)

66. **Kaposi.** Lichen ruber acuminatus und Lichen ruber planus. (Wiener med. Woch. Nr. 35, 1877.)

Die Sätze, welche Bulkley (**50**) in Betreff der Stellung von Eczem und Psoriasis zum Organismus im internationalen Congress zu Philadelphia ausgesprochen hat und welche damals die Billigung der dermatologischen Section gefunden haben, sind von uns im Jahrg. 1877 pag. 213 d. Vierteljschr. ohne Bemerkungen mitgetheilt worden. Eine andere Seite derselben Frage erörtert nun Campbell (**51**), indem er die Stellung beider Krankheiten zu einander in's Auge fasst. Er hält beide für innig verwandt und zwar aus folgenden Gründen:

1. Die oftmalige Coexistenz beider und 2. das öfter vorkommende Abwechseln beider bei demselben Individuum (ein Psoriatischer kann freilich auch eczematös werden. A.); 3. die Tendenz der eczematösen sowohl wie psoriatischen Kranken zu Gicht und Rheumatismus (? A.); 4. die Veränderungen im Urin bei beiden Krankheiten (Vermehrung des specif. Gew., saure Beschaffenheit, Vermehrung der Harnsäure und Urate); 5. der bisweilen vorhandene Schwächezustand (Psoriatische sind die gesundesten Leute! A.); 6. die Vererblichkeit beider Krankheiten; 7. die constitutionelle Natur beider (welche wir — mit aller Achtung vor der amerikanischen internationalen Abstim-



mung — keineswegs allgemein zugeben, A.); 8. ihr symmetrisches Auftreten; 9. ihre Neigung zu Recidiven und ihre Chronicität. (Alle diese Deductionen sind heute wohl unnütz. Eczem ist der Hautkatarrh pur et simple und kann freilich, wie Katarrhe überhaupt, bisweilen mit constitutionellen Veränderungen im Zusammenhange stehen, es kann ferner die Disposition dazu vererbt werden — was Psoriasis ist, weiss bis heute noch kein Mensch. Also warten wir. A.)

Lawson lenkt (52) neuerdings die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die Behandlungsweise des Eczems mit Collodium, die ihn noch da günstige Resultate erzielen liess, wo die anderen sonst üblichen Heilverfahren im Stiche liessen. Namentlich war dies bei einem chronischen Eczema genitale und Eczema capitis der Fall. Er lässt den kranken Theil zweimal täglich mit flüssigem Collodium bestreichen.

Michaelis empfiehlt (53) gegen Aufschürfungen, Intertrigo u. dgl. das Auftragen einer salicylsauren Albuminlösung (2 % Säure), die einige Zeit gestanden hat und nach völliger Eintrocknung die Anlegung eines zweiten Ueberzuges von Ricinus-Collodium (2 % Oel), der dann belassen wird, bis die Heilung vollzogen ist.

Poor geht in einer von zahlreichen Krankengeschichten begleiteten Abhandlung über Psoriasis (54) von der Voraussetzung aus, dass Psoriasis vulgaris eine constitutionelle Affection sei und zwar eine Aeusserung des Malariafiebers, (das bekanntlich in den Tief-Gegenden Ungarns nicht selten ist), auf der Haut. Er nennt sie „malarische Psoriasis“ und behandelt sie mit Chinin, Arsen, Carbolsäure etc. innerlich. In 68 Procent waren angeblich die Eltern chronisch mit Wechselfieber behaftet, in 31 Procent flechtenkrank. Stets fand er unter 327 Fällen Milztumor, Leberkrankheit u. s. w. (Die Beharrlichkeit, mit welcher der Vf. seit Jahren diesen exponirten Posten vertheidigt, ist anerkennenswerth. Uebrigens hat jüngst Yandell beim ersten Meeting der Americ. Dermat. Association ähnliche Anschauungen ausgesprochen, (Cf. Americ. Practitioner, Jänner 1878), wornach alle acuten Hautkrankheiten durch Malaria, alle chronischen durch Scropheln bedingt sein sollen. A.)

Kaposi hebt (55) die Schwierigkeit der Diagnose gewisser Fälle von diffuser Psoriasis, insbesondere gegenüber dem Eczema universale hervor und schliesst daran therapeutische Bemerkungen, ins-



besondere über die Wirkung des Leberthrans (bisweilen von acutem Eczemausbruch gefolgt), des Wasserbettes (in der Regel nicht ertragen), einer allgemeinen Einwicklung mit Diachylonsalbe, ferner der Anwendung von nassen Einhüllungen und Kautschukgewändern (wie das Wasserbett oft nicht ertragen).

(Ref. hält dafür, dass die hier besprochene Form von Psoriasis universalis nicht mehr der Psoriasis angehöre, sondern als ein sich an die letztere bisweilen anschliessendes, universelles Eczem mit allen Symptomen katarrhalischer Hautentzündung, welche an die Stelle der nicht entzündlichen Psoriasis-Eruption tritt, aufzufassen sei. Ref. hat diesen Uebergang oft genug beobachtet, ebenso aber auch das Auftreten von Pemphigus und lethalen Ausgang bei einem Falle von diffuser Psoriasis. A.)

Wir haben schon zu wiederholten Malen in diesen Blättern von dem in Indien gegen Hautkrankheiten gebrauchten Volksmittel Goa-Pulver (Poh di Bahia, Araroba oder Arariba, Chrysarobin) und von dem wirksamen Bestandtheile desselben, der Chrysophansäure Mittheilung gemacht. (Siehe diese Vierteljahrschr. 1875 pag. 502 und 1877 pag. 284 ff.) Es wurde auch damals schon hervorgehoben, dass Fayrer in Calcutta 1874, dann Silva Lima 1875 (Med. Times) zuerst, später mehrere Andere, darunter Tilbury Fox und Balmanno Squire Versuche mit dem Pulver, welches von einer noch nicht näher definirten Leguminose in den Wäldern von Brasilien, von Goa, sowie British Indien und selbst China und Japan stammen und aus dem Marke (?) des Stammes und der Aeste gewonnen werden soll, anstellten und es insbesonders gegen Ringworm (Herpes tonsurans) nützlich fanden; es wurde ferner der durch Attfield vorgenommenen chemischen Untersuchung Erwähnung gethan, welche (Pharmaceut. Journ. März 1875) in 100 Theilen Goa-Pulver ergab:

Flüssige Bestandtheile	1 %
Glucosid	7 %
Bittere Extractivstoffe . . .	
Eine Varietät von „Arobin“ (? A.)	
Chrysophansäure	80—84 %
Harzige Stoffe	2·0 %
Holzfaser	5·5 %
Aschenrückstand	0·5 %



(Es dürften übrigens gegen dieses Resultat und insbesondere gegen den hohen Percentsatz des Chrysophansäuregehaltes gegründete Bedenken erhoben werden. A.)

Ueberdies ist noch in der letzten Zeit ein Mittel aufgetaucht (**58**), welches auf der malaischen Halbinsel gegen Mykosen und Eczem in Gebrauch ist und als Tinctur unter dem Namen „fluid Extract of Thong Pang Chong“ in London verkauft wird. Es soll noch besser wirken als Goa-Pulver und von einer Berberis-Art (Akebia quinata Decaisne) stammen. Eine daraus dargestellte krystallinische Masse soll Chrysophansäure gewesen sein.

Alle diese und andere Beobachter (**56**, **57**) haben jedoch das Goa-Pulver, die Chrysophansäure etc. in erster Linie gegen Mykosen nützlich gefunden, und anderer Hautkrankheiten, sowie der drastischen und emetischen innerlichen Wirkung (Thompson Brit. med. Journ., 19. Mai 1877) nur nebenbei erwähnt. In jüngster Zeit nun haben verschiedene Autoren (**59**, **60**), in erster Linie aber Balmanno Squire (**61**, **62**), die Wirkung gegen Psoriasis eingehend studirt und der Letztere insbesondere in seiner Arbeit die pharmaceutischen und therapeutischen Verhältnisse der Chrysophansäure der Psoriasis gegenüber ausführlich erörtert.

Die Chrysophansäure, geruchlos, gelb, beim Lösen von Goapulver in heissem Benzol (wobei wohl auch andere Stoffe mit extrahirt werden A.) zum Theil krystallinisch ausgeschieden, löst sich nach B. S. in geschmolzenem Fett und in dem neulich in Handel gekommenen Petroleum — Aether-Destillat, Vaselin genannt; ferner in heissem Benzol, endlich in Alkali-Solutionen. Squire verwendet bei Psoriasis folgendes Recept: Ac. chrysophan. 5 Gran bis 2 Dr.; Fett 1 Unze. Im Wasserbade oder Oelbade $^1/_2$ Stunde unter Umrühren geschmolzen, nach dem Absetzen in einem Mörser gemischt, einige Tropfen ätherisches Oel hinzugefügt und die Salbe langsam erkalten gelassen.

Das Verhältniss zum Fett in der Salbe ist also nach Verf.'s Vorschrift circa 1 : 100 bis 1 : 4. Verf. empfiehlt anfangs vorsichtig mit kleinerer Dose anzufangen und dann zu stärkeren Concentrationen fortzuschreiten. Als Resultate der Einreibungen, welche nach vorausgegangener Entfernung der Schuppen durch Benzol, dann Seife und Wasser, mittelst Leinwand oder Flanelllappen vorgenommen werden und an und für sich ganz schmerzlos sind, zeigen sich: 1. Röthung der eingeriebenen Haut, bisweilen auch etwas Oedem, nach starkem



Einreiben oder bei grosser Empfindlichkeit der Haut ein mehrere Tage oder Stunden dauerndes partielles oder universelles Erythem mit Jucken und Abschuppung, selbst unter Fieberbewegung. 2. Rothbraune Färbung der gesunden Haut, welche nach einigen Tagen schwindet; dunkle Färbung der Haare (die weissen werden goldgelb), welche länger verharrt. 3. Die psoriatischen Hautstellen werden nach einigen Einreibungen weniger infiltrirt, weniger schuppend, glatt, glänzend, nach und nach blendend weiss, während ihre Umgebung dunkel rothbraun und rauh erscheint. (Bei Pityriasis versicolor dagegen werden gerade die mykotischen Flecke anfangs dunkler gefärbt.) 4. Die Wäsche wird purpurbraun, aber nicht zerstört und die Flecke lassen sich auswaschen. 5. Die Heilung der Psoriasisflecke erfolgt verschieden schnell je nach der Ausdehnung und Intensität des Leidens; bisweilen schon nach einigen Einreibungen.

I. Neumann hat (63) in mehreren ärztlichen Vereinen in Wien und in mehreren Zeitungen in jüngster Zeit über das Mittel berichtet, welches er an einer grösseren Zahl von Psoriatischen, dann Kranken mit Pityriasis vers. und Herpes tons. mit Erfolg versucht hatte und hat einige geheilte Kranke vorgestellt.

Seine Mittheilungen reproduciren in allen Stücken die Angaben der früheren Autoren und besonders Balmanno Squire's und enthalten nichts Neues, es sei denn die Mittheilung, dass der Pharmakolog Prof. Vogl in Wien in dem Goa-Pulver als Hauptbestandtheil ein desorganisirtes Holzparenchym gefunden habe.

(Das Mittel wurde in Wien auch von Hebra, der jedoch wegen zu schwacher Concentrirung seiner Salbe anfangs geringe Resultate erzielte und vom Ref. in vielen Fällen angewendet. Das Resultat bei Psoriasis ist günstig, Psoriasis-Plaques schwinden dabei viel schneller als bei sonstigen localen Mitteln; Recidive werden dadurch nicht verhütet; die Hautfärbung in der Umgebung und die hie und da vorkommenden Erytheme sind theils zu vermeiden, theils bald zur Heilung zu bringen. Die Anwendung im Gesichte und jene auf dem behaarten Kopfe ist jedoch aus diesen Gründen immer etwas schwierig unter Umständen selbst bedenklich. Ref. will demnächst versuchen, Lösungen des Mittels mit dem Pinsel blos auf die Plaques aufzutragen und so vielleicht den Färbungs- und Reizungserscheinungen in der Umgebung zu entgehen.

Für Herpes tons. und Pityriasis vers. Chrysophansäure anzuwenden, ist unnöthig. A.)

Nach einer in allerletzter Zeit erstatteten Mittheilung von Jarisch (64) hat derselbe auf Hebra's Klinik auch Parallelversuche mit Alizarin und Pyrogallussäure angestellt, welche beide als mehrfach hydroxylirte Kohlenwasserstoffe der Chrysophansäure chemisch nahe stehen. In 13 Fällen von Psoriasis hat J. insbesondere mit Pyrogallussäure (1 : 4 Salbe) ebenso günstige Wirkungen erzielt, wie mit 20% Chrysophansäure-Salbe und ohne begleitende Dermatitis.

Ein 28jähriger Patient Anderson's (65) erkrankte zuerst vor 11 Jahren mit psoriasis-ähnlichen Eruptionen an Knien und Ellbogen, die nach Pausen völliger Genesung häufiger wiederkehrten, ohne den Allgemeinzustand anzugreifen. Vor 2 Jahren breitete sich die Eruption innerhalb 3 Wochen über den ganzen Körper, mit Ausnahme einiger gesunder Hautstellen an Kinn, Füssen und Händen aus (Pityriasis rubra). Die Füsse schälten sich fast völlig und die überall trocken gewordene Haut färbte sich tiefroth und fühlte sich sehr heiss an; dazu war der Durst gross und Urin sehr trüb. Der Abschälungsprocess dauerte 6 Monate; sobald die Epidermis in grossen Flächen sich abgestossen, blieb die darunterliegende Hautfläche einige Zeit feucht, um alsdann neue Schuppen zu bilden. Unter dem Gebrauch von lauen Bädern und Olivenöleinreibungen trat völlige Herstellung und normale Hautbildung für volle 6 Monate ein, dann erfolgte ein bis jetzt andauernder Rückfall. Die ganze Haut ist roth, trocken und mit feinen Schuppen bedeckt; Hitze färbt die Röthe tiefer und es fehlt jede Perspiration. In den letzten 2 Jahren war Patient sehr abgemagert, sehr empfindlich gegen Temperaturwechsel geworden und litt an nagenden Schmerzen in Händen und Knien, die zur Nachtzeit exacerbirten. Die Temperatur war Morgens meist 38° C., Abends 39° C. Syphilis war nicht vorhanden, doch litten Familienmitglieder an Psoriasis. In Bezug auf die Therapie brachten Oeleinreibungen und festanliegende Guttaperchaumhüllungen relativ beste Erleichterung. Schumacher II (Aachen).

Kaposi ist durch die Beobachtung der letzten Jahre (66) zur Erkenntniss gelangt, dass der Lichen ruber Hebra häufig in der Form des Lichen planus vorkommt. (Vf. vergisst anzugeben, erstens dass Erasmus Wilson zuerst den Lichen planus geschildert, zwei-



tens dass derselbe auch die Identität desselben mit dem Lichen ruber Hebra ausdrücklich hervorgehoben hat. A.) Die weiteren Angaben K. beziehen sich auf die bekannten Symptomengruppen der Erkrankung, deren beide Formen durch beigefügte Adjective Lichen ruber acuminatus und Lichen ruber planus zu unterscheiden Vf. vorschlägt. (Dies dürfte bei dem bisweilen gleichzeitigen Vorkommen beider an denselben Individuen und bei dem offenbaren genetischen Zusammenhange beider überflüssig sein. Die Bezeichnung „Lichen ruber" genügt wohl für beide Formen. A.)

67. **Stroganow.** Zur pathologischen Histologie des Lupus erythematosus. (Ctlbl. Nr. 48. 1877.)
68. **Stilling.** Einige Beobachtungen zur Anatomie und Pathologie des Lupus. (Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. VIII. pag. 72. Ctrlbl. f. Chir. Nr. 13, 1878.)
69. **Piffard.** Ueber gewisse Punkte die Natur und Behandlung des Lupus betreffend. (Transact. of the Med. Soc. of the State of New York. 1877.)
70. **Jonathan Hutchinson.** Ueber die Art der Verbreitung des Lupus. (Med. Times and Gaz. 4. Aug. 1877.)
71. **Kaposi.** Ueber den sogenannten Lupus syphiliticus. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 50, 51, 52. 1877.)
72. **Auspitz.** Ueber Lupus syphiliticus und scrophulosus. (Wiener med. Presse Nr. 3 u. 4. 1878.)
73. **Lang.** Lupus, Syphilis und Flächenkrebs, nebst Mittheilung einer seltenen Lupusform — Lupus cornutus. (Wiener med. Presse Nr. 6 u. 8, 1878.)

Ein 23jähriger, gut genährter Kosak von kräftigem Körperbau erkrankte vor 3 Jahren an Lupus erythematosus, welcher zuerst an der Nase, alsdann auf der Haut am Nacken und an beiden Schläfengegenden sich etablirte; kurz darauf verbreitete sich der Ausschlag auf die Parietalfläche und endlich auf die Brustbein- und linke Axillarliniengegend. Drei Hautstücke aus der Sternalgegend, welche verschiedene Entwicklungsstadien des Processes darstellten, wurden von Stroganow (67) untersucht. Dabei ergab sich Folgendes:

1. Im Gegensatz zur Meinung Thin's (cf. diese Vtljhrschr. 1876 pag. 93) und in Uebereinstimmung mit den Angaben Geddings', Neu-



mann's und theilweise auch Geber's (ebenda pag. 17) nehmen in allen Entwicklungsstadien des Lupus erythematosus alle Gewebe und Organe der Haut an der Erkrankung theil; hauptsächlich aber werden das Bindegewebe und Hautepithel, die Talgdrüsen und Haarfollikel einer wesentlichen Veränderung unterworfen.

2. Das Wesentliche der Veränderung im Bindegewebe besteht in einer parenchymatösen Trübung und Schwellung seiner Elemente, in einer Ausdehnung seiner Blutgefässe und in den übrigen Erscheinungen einer Gefäss- und Granulationsentzündung; es entsteht daraus eine Zelleninfiltration des Hautbindegewebes. Die geschwellten Gewebselemente wie auch die neugebildeten Zellen verfallen schnell einer fettigen Metamorphose und werden theils durch Aufsaugung entfernt, theils aber auch zur Bildung der die Oberfläche der afficirten Hautpartien bekleidenden Borken und Schuppen verwendet (?). Durch diesen Ausgang der granulösen Entzündung unterscheidet sich der krankhafte Process des Lupus erythematosus wesentlich vom Lupus vulgaris, wo die neugebildeten Elemente anfangs ein granulöses Gewebe (Granuloma) bilden, indem sie sich in spindelförmige oder plattenförmige Zellen verwandeln, und später erst, im weiteren Verlaufe einer regressiven Metamorphose unterliegen.

3. In der Epithelialschicht der Haut tritt besonders die Erscheinung einer quantitativen Vermehrung des Epithels hervor. Die neugebildeten Epithelzellen erscheinen im Stratum papillare oder subpapillare cutis als Sprossen, welche sich mit einander verbinden und somit kleinere Gewebsprovinzen der genannten Schichte abgrenzen; später verfallen dieselben einer Horn- und Fettmetamorphose und werden als Schuppen oder Borken abgestossen. Durch diese Veränderung der Epithelialschichte erklärt sich einerseits der seborrhoische Charakter des Exanthems an solchen Stellen, welche weder Talgdrüsen noch Haarfollikel besitzen (Neumann), andererseits auch die Entstehung der Narbenvertiefung ohne Ulcerationsprocess.

4. Die anatomischen Erscheinungen einer quantitativen Vermehrung sind auch im Epithel der Talgdrüsen und manchmal auch der äusseren Haarwurzelscheide zu beobachten. (Nähere Aufklärungen sind erwünscht. A.) Durch die Veränderung dieser Gebilde wird der seborrhoische Charakter des Entzündungsprocesses noch vermehrt.

Die hier mitgetheilten Erscheinungen zeigen, dass das Wesentliche und Eigenthümliche des krankhaften Processes im beschriebe-



nen Falle von Lupus erythematosus nicht blos auf entzündlichen Veränderungen des Hautbindegewebes allein beruht (Thin, Geber), sondern auch auf einer eigenthümlichen Erkrankung des Hautepithels, der Talgdrüsen, und theilweise auch der Haarbälge. Der Umstand, dass die Erkrankung im Bindegewebe eigentlich beginnt (Geber), kann diesem Schlusse nicht widersprechen, da das Wesen der Erkrankung nicht nach dem Ausgangspunkte, sondern nach den Eigenschaften und dem Charakter des Processes bestimmt wird.

In der Darstellung der Entstehung des Lupus stimmt Stilling (68) mit Lang überein. Die Betheiligung der Schweissdrüsen an dem Processe beobachtete er in zweifacher Form. Erstens treiben zuweilen die Drüsenschläuche Sprossen aus, die entweder solid bleiben, oder ein Lumen bekommen, auch wuchern die Drüsenepithelien zuweilen gegen das Lumen des Schlauches zu, so dass derselbe vollständig obliterirt wird und auf dem Querschnitte das Bild einer Riesenzelle darbietet; jedoch liegen die Kerne ziemlich regelmässig am Rande angeordnet, während sie bei der Riesenzelle mehr im Centrum angehäuft sind. Zweitens kommt an den Schweissdrüsen eine vom interstitiellen Bindegewebe ausgehende Zellwucherung vor, — und zwar ist diese Form die häufigere — wodurch der ganze Drüsenknäuel allmälig in einen Rundzellenhaufen verwandelt wird, der sich von einem primären Lupusknoten nicht unterscheidet. (Das heisst wohl: der Drüsenknäuel wird durch die Lupuswucherung verdrängt. A.) — Vf. hebt ferner hervor, dass man in den lupös erkrankten Theilen öfter auch eine Arteriitis obliterans beobachtet, welche vielleicht die Ursache der Verödung der Gefässe in den primären Herden bildet. —

Bei Besprechung der differentiellen Diagnose des Lupus nimmt Vf. Veranlassung, den Befund von zwei Schweissdrüsenadenomen, die er beobachtete, genauer mitzutheilen. Es waren dies seit langem bestehende Geschwülste von 1—1·5 Ctm. Durchmesser, etwas über die Cutis hervorragend, in dem einen Falle von unverletzter Epidermis bedeckt, in dem anderen oberflächlich ulcerirt. Der Sitz der Tumoren war einmal die Gegend über dem medialen Augenwinkel, das andere Mal der Unterkieferwinkel. Diese Geschwülste waren ziemlich scharf umschrieben und grösstentheils vom Rete Malpighii noch durch eine dünne, mit Rundzellen infiltrirte Cutisschicht getrennt; sie bestanden hauptsächlich aus Zellsträngen, die sich baumförmig verästelten und



aus Läppchen, die mit Drüsenacinis grosse Aehnlichkeit hatten. Dazwischen befanden sich erweiterte Ausführungsgänge von Schweissdrüsen. Die Stränge und Acini bestanden aus epitheloiden Zellen, in den grösseren Zellenanhäufungen waren kleine Erweichungscysten eingestreut. An den Stellen, welche der Lage der Schweissdrüsen entsprachen, sah man Haufen kleiner Zellen, mit welchen die strangförmigen Gebilde im Zusammenhange waren.

Piffard zieht es vor (69), gleich den Franzosen, den Namen „Scrofuliden“ anstatt „Lupus“ zu wählen. Er schliesst demnach auch alle Syphiliden von demselben aus.

Was die Histologie des Lupus betrifft, stellt Verfasser drei Typen auf: 1. Diffuse Infiltration — den oberflächlichen Lupusformen entsprechend, welche nie ulceriren. 2. Kleinzellige Infiltration nebst Riesenzellen — entsprechend tieferen ulcerirenden Formen. 3. Zellenklumpen (herdweise Infiltrate?) in Fällen, wo noch tiefer unter der Haut liegende Gewebe mitergriffen werden. Nur die letzte Form soll dem Lupus allein zukommen; die beiden ersteren auch einfachen Entzündungen der Syphilis u. s, w. (Eine genauere Erörterung und Beschreibung dieser bisher unbekannten anatomischen Details würde sich dringend empfehlen. A.)

Als klinische Charaktere des Lupus stellt P. zwei auf: den langen Bestand der Zelleninfiltrate und die Ausbreitung durch Infection (dasselbe behauptet Hutchinson, siehe weiter unten). Als Therapie empfiehlt der Verf. insbesonders sorgfältige Ausschabung und dann Cauterisation mit dem weissglühenden Cauterium actuale.

Hutchinson lässt (70) die Ausbreitung des Lupus durch cellulare Infection der Nachbarorgane von den bestehenden Knoten aus erfolgen, gleich dem Ulcus rodens (Epitheliom), von dem sich der Lupus nur insofern unterscheiden soll, als er nicht, wie jenes, in die Tiefe, auf Fascien, Muskeln etc. sich ausbreiten könne, sondern auf die Haut beschränkt bleibe (? A.) Der Lupus beruht nicht auf einer allgemeinen Erkrankung des Blutes, sondern ist ursprünglich immer eine Localaffection, auch die Fälle von multiplem Lupus; da er in der Regel nicht symmetrisch auftritt. Ist dies dennoch der Fall, so handelt es sich um secundäre, in weiter Ausdehnung und grosser Menge erfolgte gleichzeitige Infectionen von einem primären Tumor aus wie bei multiplem Hautcarcinom.



Die Therapie soll nach Verf. auf ausgiebige und frühzeitige Zerstörung der Krankheitsherde bedacht sein.

Kaposi führt an (71), dass der Begriff Lupus Jahrhunderte hindurch ein vager gewesen sei und seit dem Ende des vorigen Jahrhunderts durch Willan-Bateman für Geschwüre der Nase und des Gesichtes allgemein eingeführt wurde. Seither sei auch die Symptomatologie der Krankheit vervollständigt worden, und nachdem auch die pathologische Histologie sich des Gegenstandes beflissen hat, sei der Lupus so weit als selbstständiger Krankheitsprocess bekannt, dass Viele auch gelegentlich, wenn sie absolut nicht missverstanden sein wollen, ihn noch zum Ueberfluss als Lupus idiopathicus bezeichnen.

Nebenher tauche noch in der medizinischen Terminologie der Name Lupus syphiliticus auf. Man finde ihn in der pathologischen Anatomie, in den Werken über Hautkrankheiten und über Syphilis, in der Geschwürslehre und besonders in der Praxis. Viele Aerzte und manche Dermatologen und Syphilidologen vom Fach diagnosticiren beim Anblicke gewisser knotig ulceröser Processe des Gesichtes, besonders der Nase oder einer serpiginös geschwürigen und knotigen Hautaffection des Stammes oder der Extremitäten Lupus syphiliticus.

Eine stricte Definition des Lupus syphiliticus habe bisher kein Autor gegeben, und sie lasse sich auch nicht geben, da nach dem Vf. diese Diagnose nichts Anderes sei, als der Ausdruck der subjectiven Unsicherheit in der Unterscheidung zwischen den beiden genannten Processen. Der Begriff Lupus syphiliticus gehöre nicht einer bestimmten pathologischen Veränderung an, und die Diagnose eines Lupus syphiliticus sei eine Verlegenheitsdiagnose.

Der Vf. sucht weiter zu beweisen, dass es in der That keine pathologische Mischform von Lupus und Syphilis gebe und dass in jedem speciellen Falle die Diagnose, welcher von beiden Processen vorliege, nach seinen differentialdiagnostischen Merkmalen, wenn auch manchmal nicht augenblicklich, so doch nach 8 Tagen bis 3 Wochen mit Sicherheit zu stellen sei; dass ferner gewissen localen Applicationen gegenüber das Verhalten verschieden sei, dass insbesondere unter dem Empl. Hydrarg. Syphilisknoten jeder Art binnen 2—3 Wochen resorbirt werden, endlich, dass die Diagnose eines Lupus syphiliticus für den Kranken gefährlich sei in Fällen von ulceröser Syphilis, welche ein rasches und energisches Eingreifen erfordern.



Vf. bekämpft weiter den von manchen Autoren aufgestellten Satz, dass Lupus deshalb der Syphilis ähnlich sei, weil er eigentlich auf einer syphilitischen Basis beruhe, und begründet dies, indem er einerseits angibt, dass weder Hebra noch auch er jemals einen zweifellosen Fall beobachtet haben, wo bei zwei Kindern einer Familie sich Lupus und Syphilis zeigte, andererseits über einen jüngst beobachteten Fall berichtet, wo bei einer mit exquisitem Lupus behafteten Frau Roseola syphilitica, Papeln an den Genitalien und eine Sklerose constatirt wurden. Es können demnach Lupus und Syphilis in einem Individuum nebeneinander bestehen, ebenso wie Scabies neben Syphilis etc.

Den Anschauungen Kaposi's tritt Auspitz (72) entgegen, indem er zunächst jene Punkte zusammenfasst, welche allen Granulomen der Haut gemeinsam seien, ohne Rücksicht auf ihre Aetiologie. Sie sind sämmtlich nach dem Vf.

1. Aus kleinen, auf embryonaler Entwicklungsstufe befindlichen zelligen Elementen bestehende, etwa dem Knochenmark in seinem jugendlichen Zustande analoge Infiltrationen, deren Elemente aus ihrem embryonalen Zustande während ihres ganzen Lebens nicht in höhere Entwicklungsstadien übergehen und als solche dem Lupus, der Syphilis, der Scrophulose, dem Aussatze eigenthümlich. Die Charakteristik dieser „Granulome" als selbstständiger Geschwulstformen hat zuerst Virchow gegeben. 2. Der Ausgang und Hauptsitz der Granulations-Neubildung bei Lupus ist ausschliesslich das Lederhautgewebe, wie Verf. 1864 nachgewiesen hat. 3. Die kleinzelligen Granulome treten in mehr oder weniger scharf umschriebenen, grösseren oder kleineren Herden auf, welche sich äusserlich durch Knotenbildung zu erkennen geben. Diese Knoten sind von dunkelbraunrother Farbe, derber Consistenz; sie fliessen oft zu flächenartigen Erhebungen zusammen und schreiten dann bisweilen peripherisch in Kreissegmentlinien fort. 4. Sie bilden sich zurück — eine Weiterentwicklung ihrer Elemente über eine gewisse Grenze gibt es eben nicht — indem sie entweder schmelzen, verkäsen, vereitern, zu Geschwüren zerfallen, oder atrophiren, ohne einen Substanzverlust gesetzt zu haben, und dann narbige Einziehungen zurücklassen. 5. Diese Vorgänge haben im Allgemeinen den Charakter der Chronicität in allen ihren Entwicklungs- und Rückbildungsstadien. Manche Granulome zeichnen sich nun theils schon bei ihrem Auftreten, theils nach längerem Bestande des Leidens dadurch aus,





dass ihre zelligen Elemente einen ausnehmend hohen Grad von Resistenz gegenüber der Nekrobiose zeigen oder gewinnen. Diese Eigenschaften haben nicht alle Granulome zu jeder Zeit, aber alle können sie besitzen oder annehmen; mögen ihre Infiltrate aus welcher Quelle immer stammen. Auf dieses Moment komme es wesentlich an, wenn man sich über die Begriffsbestimmung des Lupus klar werden will.

Gegenüber den klinischen Unterschieden, welche von Kaposi u. A. zwischen Lupus und Syphilis angeführt werden, führt Vf. Folgendes an: Die angeführten Unterscheidungsmerkmale beziehen sich nur auf exquisite typische Fälle von Lupus einerseits, von Syphilis andererseits. Stellt man dagegen alte, flächenartig infiltrirte, theils schuppende, theils exulcerirte, an anderen Stellen wieder wuchernde und narbig contrahirte lupöse Hautpartien auf die eine Seite; ihnen gegenüber jene dunkelbraunrothen Infiltrate, wie sie insbesondere bei hereditärer oder inveterirter erworbener Syphilis, wie sie ferner bei scrophulöser Degeneration der Haut oft genug vorkommen, so zeige sich, dass syphilitische Geschwüre auf solchen alten Infiltraten oft genug eben so wenig oder eben so sehr schmerzhaft sind als lupöse; dass alte lupöse Geschwüre Verdickung und Infiltration des Randes und Grundes und speckigen Belag eben so zeigen können, wie syphilitische, aber auch wie solche, die aus einfachem Ecthyma hervorgegangen sind, das weder mit Lupus noch mit Syphilis irgend etwas gemein hat.

Bei altem Lupus fehlen ferner die kleinen Knötchen am Rande nicht selten und es genüge nicht, wie Kaposi behauptet, einen solchen Fall 8 Tage bis 3 Wochen zu beobachten, um über die Diagnose sicher zu werden. Andererseits erscheinen die Nachschübe syphilitischer und scrophulöser Infiltrate auch nicht immer in Gestalt „palpabler“ Knoten, sondern bisweilen in flachen, wenig vorspringenden, hie und da gar in rundlichen, kleinen peripherischen Anlagerungen.

Serpiginöse Geschwürsformen (die Nierenform ist nichts anderes) kommen auch bei alten Lupusplaques vor, eben so bei scrophulösen Hautinfiltraten, und selbst bei einfachen alten Fussgeschwüren auf infiltrirter, cyanotischer Basis. Die Behauptung, dass überhaupt bei syphilitischen Geschwüren die locale Wirkung des Merkurs, insbesondere des Pflasters, eine nahezu sichere sei, stellt Vf. entschieden in Abrede. Was endlich die Knochenaffectionen bei Lupus betrifft, so greifen lupöse Geschwürsbildungen wohl nicht so häufig wie Syphilis, aber doch oft genug in die unter der Haut liegenden Gewebe, auch



auf die Knorpel- und Knochenhaut über. Lupus (idiopathicus) ist somit nach dem Vf. nichts anderes als ein Granulom mit stark ausgeprägter Persistenz seiner Elemente und sehr chronischem Verlaufe, dessen Ursache uns nicht bekannt ist.

Der anatomische Vorgang bei allen Granulomen sei im Grossen und Ganzen ziemlich derselbe, wie dies Virchow im Allgemeinen, Vf. speciell für die Hautgranulome vor Jahren nachgewiesen haben. Seither sei die histologische Untersuchung dieser Neubildungen wohl vorgeschritten, aber bisher nicht im Stande gewesen, einen durchgreifenden anatomischen Unterschied zwischen den einzelnen Formen darzuthun, trotz aller Anläufe und Versuche, die in dieser Beziehung gemacht wurden. Weder die Riesenzellen, deren scharfer Hervorhebung bei Tuberculose sofort auch der Nachweis derselben bei Lupus, aber auch bei secundärer Syphilis und bei anderen Entwicklungsformen jungen Bindegewebes auf dem Fusse folgte — noch der alveoläre Bau der Lupusknoten — noch der Ursprung der jungen Zellenbildung von den Adventitien der Gefässe — noch die Rolle, welche das Epithel gegenüber diesem Infiltrate spielt, haben bisher die Einheit des anatomischen Begriffes „Granulom“ im Sinne Virchow's zu erschüttern vermocht. Gerade sehr klare Beobachter haben die Beziehung des Lupus zur Tuberculose und Scrophulose in letzterer Zeit entschieden in den Vordergrund gestellt (Volkmann, Friedländer u. A.).

Verf. selbst schliesst sich nun dieser Meinung um so mehr an, als er nach seiner Erfahrung den scrophulösen Habitus Lupöser in vielen Fällen, vielleicht in der Mehrzahl, über allen Zweifel erhaben ansehe, mag auch die Statistik bisher mit zu kleinen Zahlen gearbeitet haben, um den directen Nachweis zu erbringen.

Der Grund dafür, dass diese Infiltrationsprocesse trotz ihrer anatomischen und pathologischen Verwandtschaft klinisch verschiedene Bilder geben können (nicht müssen)? liegt nach A. darin, dass die Krankheitsursache, mag man sie nun Dyskrasie oder Krankheitsdepot nennen, je nach ihrer Verschiedenheit auch einen verschiedenen Einfluss auf die schon gesetzten oder noch zu setzenden Infiltrate ausübt.

Darin liege die Ursache, warum der Lupus vulgaris in exquisiten Fällen sich von syphilitischen und scrophulösen Hautgranulomen unterscheiden lässt; warum bei ihm die jungen Infiltrate mehr umschrieben, in kleinen, von gesunder Haut umgebenen Herden und Knötchen auftreten, warum die Geschwüre langsamer entstehen und weniger



den Charakter der Phagedän, des rapiden Zerfalls nach der Peripherie hin an sich zu tragen pflegen. Dieses differente Verhalten aber scheine nicht ausreichend, um darauf hin die Verwerfung der Nomenclaturen Lupus syphiliticus, scrophulosus u. s. w. zu beantragen.

Verf. schlägt also vor, den Namen Lupus oder Hautgranulom für jede nicht bloss anatomische, sondern klinische Symptomengruppe zu gebrauchen, welche sich 1. aus dem anatomischen Substrat eines Granuloms entwickelt hat und 2. sich klinisch durch die Persistenz, das fortdauernde Recidiviren, aber den langsamen Zerfall ihrer braunrothen, theils schuppenden, theils zu Geschwüren zerfallenden, theils auch ohne Geschwürsbildung zu Narben atrophirenden knotigen oder flächenförmigen, oft serpiginösen Plaques auf der Haut auszeichnet.

Lang schliesst sich (73) in Bezug auf die Terminologie des „Lupus syphiliticus" den Anschauungen Kaposi's an, ohne jedoch erhebliche andere Argumente als dieser Autor beizubringen. Ueberdies aber schildert er den Fall eines 13jähr. Mädchens, dessen beide Wangen der Sitz eines Lupus waren, welcher in seiner grössten Ausdehnung die Form des Lupus hypertrophicus (exuberans, nicht hypertrophicus! A.) darbot, nur erschienen die papillären Auswachsungen nicht wie sonst mit einer Kruste, sondern mit zu hohen Schichten übereinander gethürmten, verhornten Epithelzellenlagen bedekt, also zu wahren Hauthörnern umgewandelt. Nach Entfernung der Hauthörner, die mehr oder weniger leicht zu bewerkstelligen war, gewahrte man einen mit einzelstehenden Kegeln und zusammenhängenden hervorragenden Leisten besetzten trockenen Boden.

In dem Maasse, als der Lupus gegen den Hals vorgerückt war, legte er das eben beschriebene Aussehen immer mehr ab und präsentirte sich an der unteren Grenze als ein ganz charakteristischer Lupus „hypertrophicus" exulcerans. Vf. will für diese Form den Namen Lupus cornutus einführen. (Wozu den neuen Namen? A.)

L. macht schliesslich einige Bemerkungen über flachen Hautkrebs (Flächenkrebs nach seinem Vorschlage), der nach seiner Erfahrung viel häufiger unerkannt bleibt als Lupus oder Syphilis, indem er gar nicht selten für Lupus, häufiger aber noch für Syphilis zu imponiren pflegt.

(Die Fortsetzung des dermatol. Berichtes folgt im nächsten Hefte.)



Buchanzeigen.

J. E. Güntz, Neue Erfahrungen über die Behandlung der Syphilis und Quecksilberkrankheit mit besonderer Berücksichtigung der Schwefelwässer und Soolbäder. Eine klinische Studie. Dresden 1878 bei E. Pierson. Oct. 149 pp.

Der literarisch wohlbekannte Verfasser des vorliegenden Buches vereinigt in demselben mehrere in der letzten Zeit von ihm publicirte Arbeiten über den Einfluss des Quecksilbers auf die Syphilis und der Schwefel- und Soolbäder auf beide und ergänzt dieselben zu einer abgeschlossenen Darstellung.

Er setzt im I. Capitel die Erscheinungen der Schwefelwässer auf die Syphiliserscheinungen auseinander. Resultat:

a) Der Verlauf der Syphilissymptome wird beschleunigt, wenn die Schwefelwässer im Eruptionsstadium angewendet werden.

b) Die Symptome der latent gewordenen Syphilis treten durch sie wieder hervor, indem durch dieselben die Ernährung alterirt wird. (Cf. diese Viertelj. 1878 pag. 156 ff.)

Das II. Capitel gibt den chemischen Nachweis von der Ausscheidung des Hg während des Gebrauchs der Schwefelwässer (siehe diese Viertelj. 1877 p. 297) indem der Vf. das Hg im Harn nachweist und nimmt einen Zerfall der Eiweisskörper, mit welchen das Hg im Körper verbunden ist, als die Ursache dieser Ausscheidung an.

Im III. Capitel wird derselbe Nachweis während des Gebrauchs von Soolbädern gegeben. (Cf. diese Viertelj. 1878 p. 159 ff.)

Das IV. Capitel handelt von der örtlichen und allgemeinen Wirkung des Quecksilbers, indem der Verf. einen Eiweisszerfall im grossen Massstabe durch das Hg bewirken lässt, welcher — wenn mässig angeregt — eine schnellere Resorption der syphilitisch erkrankten Gewebe und deren Ersatz durch gesunde hervorbringt. In grossen oder schnell aufeinanderfolgenden Gaben steigert jedoch das Hg diesen Eiweisszerfall so sehr, dass auch das gesunde Gewebe in seiner Fortbildung gehindert und so die cachectischen Erscheinungen der Hg-Krankheit erzeugt werden. Verf. räth daher kleine Hg-Gaben unter-

stützt durch Schwefelwässer, Soolbäder oder andere Behandlungsmethoden mit steter Rücksicht auf die Ernährung.

Diese letzteren Momente erörtert Verf. eingehend in den zwei letzten Capiteln seines Buches, welche daselbst nachgelesen werden müssen.

Was die pathologische Anschauung über die Syphilis betrifft, zu welcher sich der Verf. an verschiedenen Stellen seines Buches bekennt, so geht sie im Wesentlichen gegen die bekannte Hypothese Virchow's, dass die Lymphdrüsen das Depot des Giftes bilden sollen, aus welchen dasselbe in Form von Eruptionen in das Blut gelange, sondern hält das syph. Gift für constant an sämmtliche Eiweisskörper des Organismus gebunden und das Hervortreten von Symptomen immer nur von der Einwirkung verschiedener Reize auf das so prädisponirte Gewebe abhängig. Von der Infectionsstelle aus trete die Vergiftung endlich nicht blos durch das Lymphgefäss- und Drüsensystem, sondern direct in die Gewebe und das Blut.

Wenn auch die Theorie vom Eiweisszerfalle durch die Syphilis sowie durch Hg, durch die Untersuchungen des Verf.'s bisher nicht über den Werth einer wissenschaftlichen Hypothese hinausgeführt worden ist, so enthält sie doch viel Plausibles. Weniger scheint uns dies in Betreff der Schwefel- und Soolbäder der Fall zu sein. Im Ganzen muss jedoch die ernste Arbeit und die in vielen Stücken sehr scharfsinnige Deduction des Herrn Verf.'s rühmend hervorgehoben und derselbe zu weiteren physiologisch-chemischen Untersuchungen in diesem Gebiete dringend aufgefordert werden. Auspitz.

Album delle Malattie cutanee e sifilitiche fotografata ed acquarellato, pubbl. per cura del Cav. Dr. **Casimiro Manassei,** Prof. e Dirett. della Clin. nella Reg. Università di Roma. Quart. Rom 1877.

Von dem Professor der Dermatologie an der Universität Rom, dem rühmlichst bekannten Fachmanne Dr. Manassei, sind bisher zwei Fascikel seines Atlas der Hautkrankheiten, photographirt und aquarellirt veröffentlicht worden. Das Werk, aus Tafeln in Cabinetformat nebst ausführlichem Text (Raccolta di Casi clinici etc.) bestehend, ist in der Weise angelegt, dass jährlich 30—40 solcher Tafeln (im J. 1877 waren es 40) erscheinen und da der Plan auf drei Jahre berechnet ist, entweder drei kleinere oder einen grossen Atlas von nach der Natur



gezeichneten Hautkrankenfällen darstellen. Der Preis für 1 Jahr ist 54 Lire (für das Ausland 66), d. i. wenn man die Beschaffenheit der Bilder berücksichtigt, ein ausserordentlich geringer. In der That gibt die Wasserfarbe auf den photographischen Aufnahmen im Colorit ganz vortreffliche Darstellungen des feinsten Details und hat in dieser Beziehung unsere Erwartungen übertroffen. Etwa die Hälfte der 40 Tafeln dieses Jahrgangs ist in dieser Weise gemalt, die andere Hälfte, welche ihrer Natur nach der Farbe entbehren kann, stellt sehr gelungene Photographien dar. Der Text des Atlas lässt an Deutlichkeit und Wissenschaftlichkeit nichts zu wünschen übrig. Wir empfehlen das Werk ganz abgesehen von seiner Güte um so mehr, als es durch seinen Preis und seine Eintheilung leichter zugänglich ist, als die grossen für den Privatmann schwer zu erschwingenden Bilderwerke über Dermatologie und Syphilis. Auspitz.

C. Sigmund Ritter v. Ilanor: Die Einreibungscur bei Syphilisformen. Fünfte gänzlich umgearbeitete Auflage. Wien 1878 bei W. Braumüller, k. k. Hof- u. Universitätsbuchh. Oct. 200 pag.

Die allgemein bekannte und geschätzte Schrift von Sigmund's über die Einreibungscur ist in fünfter Auflage erschienen und enthält mannigfache Zusätze und Ergänzungen. Die Erfahrungen eines Menschenalters und einer übergrossen praktischen und pädagogischen Thätigkeit finden sich in dem Büchlein in der knappsten, ruhigsten und doch anziehendsten Weise zusammengedrängt und machen dasselbe zum Muster einer therapeutischen Studie. Auspitz.

Wir bitten die geehrten Herren Fachgenossen, welche uns Berichte aus ihren Kliniken und Dispensarien zuzusenden so freundlich sind, zu entschuldigen, wenn wir einerseits durch den uns zugemessenen kargen Raum, andererseits durch die Fülle des uns zu Gebote gestellten Materials in der Regel gehindert sind, Auszüge aus diesen Berichten zu publiciren, trotzdem wir uns des wissenschaftl. Werthes vieler dieser Arbeiten wohl bewusst sind. Immerhin ersuchen wir um die fernere Zusendung solcher Berichte und würden etwaigen directen Hinweisungen oder Wünschen der Autoren in Betreff der Hervorhebung einzelner Punkte des Inhalts — so weit es in unseren Kräften und in der Aufgabe dieser Vierteljahresschrift liegt — zu entsprechen gern bereit sein. Die Redaction.



Bibliographie des Jahres 1877.

Syphilis.

I. Verzeichniss.

Alison Robert H., Ueber syphilit. Chorea. Amer. Journ. N. S. CXLVII. p. 75. July.

Atkinson J. E., Durch 2 Generationen vererbte Syphilis. Arch. of Dermatol. III. 2. p. 106. Jan.

Barlow Th., Pleurit. Exsudat, Lungengeschwür bei Syph. und granulärer Nierendegeneration. Med. Times 20. Sept. p. 360.

Barlow Th., Alopecie bei congenitaler Syphilis. Lancet II. 8; Aug.

Baron Thomas R., Hasenscharte und gespaltener Gaumen bei syph. Kindern. Arch. of Dermatol. III. 4. p. 307. July.

Baumgarten, Riesenzellen bei Syphilis. Centr.-Bl. XV. 22.

Beardsley George L., Ueber Behandl. d. syphil. Geschwüre. Philad. med. and surg. Reporter XXVI. 16. p. 315. April.

Beck F. E., Tertiäre Syphilis mit Exfoliation der ganzen vorderen Fläche d. Epistropheus. Dubl. Journ. LXIII. p. 189. (3. S. Nr. 62.) Febr.

Boyd M. A., Syphilitische und andere Geschwüre der Schamlippen u. d. Clitoris. Dubl. Journ. LXIII. p. 275. März. — Obstetr. Journ. V. p. 199. Mai.

Brambilla Giovanni, Syphilit. Affection einer Hebamme von einer Wunde am Finger aus. Gazz. Lomb. 7. S. IV. 24.

Bristowe, Wahrscheinl. syphil. Erkrankung des Gehirns und der Gefässe an d. oberen Extremitäten. Med. Times and Gaz. Febr. 10. p. 143.

Bronson E. B. Gummöse Erkrankung d. Penis. Arch. of Dermatol. III. 3. p. 221. April.



Browicz Thaddäus, Riesenzellen in Syphilomen. Centr.-Bl. XV. 19.

Bull Ch. S., Ueber hereditäre Syph. im Auge. Amer. Journ. N. S. Bd. 147. p. 66, Juli.

Bull C. S., Ueber einige seltenere syphil. Neurosen d. Auges. Amer. Journ. N. S. Bd. 165, p. 62. Jän.

Buzzard, Paraplegie b. Syphilis; Auftreten eines hartnäckigen ulcerirenden Syphilids während der Jodmedication; Heilung nach Anwend. von Quecksilber. Lancet II. 7; Aug. p. 237.

Cadell Francis, Varietäten d. inficirenden Schankers. Edinb. med. Journ. XXII. p. 1083. 1126. (Nr. 264.) June.

Cerasi Filippo, Ueber Infection des Säuglings durch Milch einer Syphilitischen. Lo Sperimentale XL. p. 117. (XXXI 8.) Agosto.

Chvostek F., Syphilis der Nebennieren, des Pancreas, der Leber, der Nieren, der Lungen und Haut. Wien. med. Wchnschr. XXVII. 33.

Colomiatti, Ueber den Einfluss der Syphilis auf Entstehung d. Phthisis, (Giorn. Ital. delle mal. ven. e della pella. Febbraio). Riv. clin. 2. S. VII. 5 e 6. p. 179.

Conner P. S., Ueber spontane Elimination d. Syphilis. The Clinic II. 5. XII. 17; April vgl. a. p. 196.

Conway J. K., Ueber Abortivbehandlung der Bubonen. Lancet August.

Dalby W. F., Beitr. zur Ohrenheilkunde Lancet 16. Febr.

Dawosky, Der Tripper eine Volkskrankheit. Memorabilien XXII. 6. p. 261.

Dowling Francis, Ueber d. Uebertragbarkeit d. Trippers. The Clinic XII. 9; March.

Dreschfeld Julius, Fall von syphilitischer Erkrankung d. Gehirnes. Lancet I. 8; Febr.

Duncan John, Ueber Anwendung des Quecksilbers b. Syphilis. Edinb. med. Journ. XXIII. p. 155. (Nr. 266.) Aug.

Edes Robert T., Ueber Gehirnsyphilis. Rep. of the Boston City Hosp. 2. S. I. p. 46.

Faure, Ueber Syphilis d. Neugebornen Gaz. des Hôp. 42.

Fournier Alfred, Ueber syphilit. Ammen u. Säuglinge. L'Union 52. 58. 63. 74. 92. 181. 103. 111. Sep.-Abdr. Delahaye. 95 S.

Galabin A. L. Blasenscheidenfistel durch venerische Geschwüre verursacht. Obstetr. Journ. V. p. 181 Mai.



Giacommini Charles, Heilung einer ausgebreiteten syphilit. Affection d. Schädelknochen. Bull. de Thér. XCIII. p. 97. Août. 15.

Goodhart J. F., Fibroid d. Lungen und ihre Beziehung z. Syph. Brit. med. Journ. 15. Sept.

Gosselin, Arthritis blennorrhagica. Gaz. des Hôp. 108.

Gosselin, Schanker am Afterrande; Erosion der Mastdarmschleimhaut; Schmerzen b. aufrechtem Stehen u. nach d. Defäcation. Gaz. des Hôp. 48.

Gosselin, Prophylaxe gegen Rothlauf nach Affectionen d. weibl. Brust. Gaz. des Hôp. 102.

Greenough F. B., Ueber Behandl. d. Cancroid (weicher Schanker). Boston med. and surg. Journ. XCVI. 2. p. 39. Jan.

Grosoli G., Tayuya bei Syphilis und Scrofulose. Gaz. Lomb. 7. S. IV. 24.

Gschirhakl, Ueber Sublimatpräparate f. subcut. Injectionen. Wien. med. Wchnschr. XXVII. 13. 14.

Gschirhakl, Ueber d. chron. Tripper d. männl. Harnröhre. Wien. med. Presse XVIII. 21. p. 695.

Güntz Edm., Das Vermögen d. Schwefelwässer, bei d. latenten Syphilis die Symptome der Krankheit wieder zur Erscheinung zu bringen. Dresden, Pierson. Lex. 8. 16. S.

Harlingen Arthur van, Vegetirendes tuberculöses Syphiloderma b. einem Kinde. Arch. f. Dermatol. III. 3. p. 211. April.

Heilborn, Experimentelle Beiträge zur Wirkung subcutaner Sublimat-Injectionen. Deutsche Ztschr. f. prakt. Med. 35. p. 398.

Heller Franz, Zur visceralen Syphilis. Wien. med. Wchnschr. XXVII. 22. 23.

Henoch, Ueber Syphilis d. Hoden b. kleinen Kindern. Deutsche Ztschr. f. prakt. Med. 11.

v. Hlawač, Fälle von Syphilis. Wien. med. Presse XVIII. 6. p. 180.

Horteloup Emile und Paul, Uebertragung der Syphilis von der Amme auf den Säugling. Ann. d'Hyg. 2 S. XXVIII. p. 126. Juillet.

Hutchinson Jonathan, Uebertragung d. Syphilis von d. Mutter auf den Foetus. Med. Times and Gaz. March. 24.

Hutchinson Jonathan, Ueber syphilit. Phagedän. Med. Times and Gaz. April 21.



Jackson J. Hughlings, Hemiplegie bei atherom. u. syph. Erkrankung d. Kleinhirnarterien. Lancet I. 13. p. 437; März.

Jacob E. H., Fälle von syphil. Erkrankung d. Nervensystems. Med. Times and Gaz. April 21.

Israel, Sectionsergebnisse bei inveterirter Syphilis. Berl. klin. Wchnschr. XIV. 24. p. 346.

Israel J., Fall von beginnender Bulbärparalyse bei inveterirter Syphilis. Deutsche Ztschr. f. prakt. Med, 35. 36.

Katser, Lupus syphiliticus. Pester med.-chir. Presse. XIII. 16.

Key, Syphilom d. Nieren. Hygiea XXXIX. 3. 5. Sv. läkaresällsk. förh. S. 35. 85. Mars, Maj.

Kölliker Th., Behandlung der Syphilis mit subcut. Calomel-Injectionen. Verh. d. phys.-med. Ges. in Würzb. N. F. X. 3 und 4. p. 175.

Lane James R., Ueber Syphilis. Lancet I. 6. 7. Febr; 15. 16. April; 25. 27. Juni.

Levin P. A., Wasserkur b. Syphilis. Nord. med. Ark. IX. 2. Nr. 15. S. 29.

Lober, Ueber Anwendung d. Pfeffermünzessenz b. acuter Blennorrhagie. Bull. de Thér. XCII. p. 105. Févr. 15.

Ludwig J. M., Ulcera varicosa mit Hautsyphilis combinirt. Schweiz. Corr.-Bl. VII. 12 p. 366.

Manssurow N., Die tertiäre Syphilis, Gehirnleiden, Geisteskrankheiten (Psychosen) u. deren Behandlung. Wien. Braumüller. 8. VIII. u. 234 S.

Mauriac Ch., Ueber Aphasie durch Syphilis bedingt und über d. Localisationen d. syphilit. Affectionen d. Gehirnrinde. Gaz. hebd. 2. S. XIV. 6. 9.

Mauriac Ch., Ueber Syphilis der Nasen- und Rachenhöhle. L'Union 23. 25. 30. 34. 37. 48. 57. 69. 75.

Mauriac Ch., Ueber nicht virulente Geschwüre a. d. Genitalien. Gaz. des Hôp. 21. 25.

Moos, Ueber path. Befunde im Ohrlabyrinth b. secund. Syph. und die durch dieselben bedingten Gehörsstörungen. Virchow's Arch. Bd. 69. 2. p. 313.

Mosengeil K. v., Zur Behandl. d. Syphilis Deutsche Ztschr. f. prakt. Med. 12.

Navratil, Verwachsung des weichen Gaumens mit der hin-



teren Rachenwand nach Syphilis. Pester med.-chir. Presse XIII. 16. p. 164.

Neumann Isidor, Ueber d. hypodermat. Quecksilber-Behandl. der Syphilis. Wien. med. Jahrb. 1. p. 107.

Noeggerath Emil, Ueber latente Gonorrhöe und deren Einfluss auf die Fruchtbarkeit der Frauen. Transact. of the Amer. Gynaec. Soc. I. p. 268.

Parrot, Ueber Abortus und Frühgeburt bei Syph. congenita. Gaz. de Hôp. 68.

Parrot, Ueber Affectionen der Haut und der Knochen bei Syphilis. Gaz. des Hôp. 86. 95. 103. 111.

Pellizzari Celso, Ueber Hirnsyphilis mit besond. Berücksichtigung d. Arterienaffectionen. Lo Sperimentale XL. p. 397. (XXXI. 10.) Ottobre.

Pooley T. R. Rechtseitige binoculäre Hemiopie durch eine Gummigeschwulst im linken hinteren Hirnlappen bedingt. Archiv für Augen- und Ohrenheilk. VI. 1. p. 27.

Porter F. T., Syphil. Nekrose d. Schädels. Dubl. Journ. LXIII. p. 197. (3. S. Nr. 62.) Febr.

Porter William G., Ueber Behandl. d. Schankers. Philad. med. and surg. Reporter XXXVI. 3. p. 47; Jan.

Pospelow, Ueber subcutane Injection von lösl. Sublimatalbuminat b. Syphilis. Petersb. med. Wchnschr. 11 p. 93.

Proksch J. K., Ueber die histor. Berechtigung der Benennung „Hunter'scher Schanker". Wien. Druck von Ch. L. Praetorius. Verl. d. Vfs. 8. 4 S.

Proksch J. K., Kurt Sprengel's Meinungen über das Alter und den Ursprung der Syphilis. Med.-chir. Centr.-Bl. XII. 35. 37. 38.

Rezek, Ueber luëtische Krankheiten in Teplitz-Schönau. Wien. med. Presse XVIII. 7. 8. 9.

Rinecker von, Ueber syphil. Psychosen. Arch. f. Psychiatrie VII. 1. p. 240.

Robinson Frederick, Ueber syphilitische Phthisis. Lancet I. 18; May.

Roosa, Syphilis der Gehörschnecke. Rep. of the first Congr. of the internat. otolog. Soc. p. 136. New-York Appleton.

Schech, Das Syphilom d. Larynx. Deutsches Arch. f. klin. Med. XX. 1 u. 2. p. 128.

Schenkl, Gonorrhöe Arthritis und Iritis. Prag. med. Wochenschrift II. 25.

Schultze, Ueber die Beziehungen der Myelitis zur Syph. Arch. f. Syph. u. Nervenkr. VIII. 1. p. 222.

Smith Henry, Recurrirender Schanker am Penis mit folgendem Epitheliom. Lancet I. 9; March. p. 345.

Stansbury J. T., Specifische Epididymitis vor d. Tripperausfluss. Arch. of Dermatol. III. 3. p. 220. April.

Strokowski W., Ueber die Anwendung d. Jodoform b. vener. Krankheiten. Petersb. med. Wchnschr. 10.

Taylor Frederick, Ueber phlegmonöse Syphilide. Lancet I. 2; Jan.

Taylor R. W. a) Leucodermatische Flecke nach syphilit. Roseola. — b) Reinfection mit constitutioneller Syphilis. Arch. of Dermatol. III. 2. p. 118. Jan.

Thiry, Ueber Orchitis blennorrhagica. Presse méd. XXVIII. 53. 1876. XXIX. 2. 6. 12. 14. 16. 25. 27. 36. 37. 1877.

Thiry, Ueber Paraphimose. Presse méd. bélge. XXIX. 23.

Thompson Reginald E., Ueber syphilitische Phthisis. Lancet II. 11; Sept.

Tiffany L., M. C. Lane, Syphilis d. Lunge. Amer. Journ. N. S. CXLVII. p. 90. July.

Venning Edgcombe, Ueber die Discussion über Syphilis in der Pathol. Soc. im Febr. 1876. St. George's Hosp. Rep. VIII. p. 135.

Verflassen Geo. Thdr., Beitr. zur Anatomie u. Symptomatologie d. syphilit. Affectionen d. Leber. Inaug.-Diss. Jena. Neuenhahn. 8. 32 S. 60 Pf.

Verneuil A.; H. Dechambre, Ueber d. tertiäre Ulcus elevatum. Gaz. hebd. 2. S. XIV. 3.

Vidal, Ueber Behandl. d. blennorrhag. Affectionen mit Gurjunbalsam. Joun. de Thér. IV. 15. p. 571. Août 10.

Vogel A., Hirnerweichung u. Arteriensyphilis. Deutsch. Archiv f. klin. Med. XX. 1 und 2. p. 32.

Walton Haynes, Fälle von hereditärer Syphilis. Med. Times and Gaz. Sept. 15.

Weissflog E., Zur Abortivbehandlung d. Syphilis. Virchow's Arch. LXIX. 1. p. 143.



Winternitz W., Die Kühlsonde (Psychrophor) ein Mittel zur Heilung von Pollutionen, Spermatorrhöe, chron. Gonorrhöe etc. Berl. klin. Wchnschr. XIV. 28.

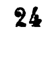
Whittaker, Ueber die Dauer der Syphilis. The Clinic XII. 18; May.

Woronichin N., Einfluss des syphilit. Processes auf d. Durchbruch d. Milchzähne. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. 3. XI. 2 und 3. p. 143 und 287.

Zeissl H., Fälle von tardiver hereditärer Syphilis. Pester med.-chir. Presse XIII. 1. 2.

Erratum. Auf Seite 137 dieses Jahrg. (I. H. 1878) Zeile 7 von oben soll es anstatt „wie denn überhaupt während der Inunctionen der Process jedesmal recrudescirte" heissen: „wie überhaupt während jeder Inunctionspause etc."

Originalabhandlungen.





Endoskopische Fragmente.

Von Dr. **H. Gschirhakl,** k. k. Oberarzt.

(Hierzu Taf. V und VI.)

Ein reichhaltiges klinisches und ambulatorisches Krankenmateriale auf der Abtheilung des Herrn Prof. Reder gestattete mir im Verlaufe der letzten zwei Jahre ausgedehntere endoskopische Untersuchungen der Harnblase und Harnröhre vorzunehmen. Veränderte Dienstesverhältnisse jedoch entzogen mich mitten in dieser Arbeit meinem bisherigen Wirkungskreise und tragen somit Schuld hieran, dass die folgende Mittheilung blos eine fragmentarische geworden. Dass ich mich trotzdem zur Publication einer solchen Skizze entschlossen, dazu scheint mir meine Ueberzeugung die Berechtigung zu geben, im Folgenden Neues über diesen Gegenstand bringen zu können. Doch sollte es mir auch nur gelungen sein, durch diese Zeilen den geehrten Leser von der praktischen Verwendbarkeit dieser neuen Untersuchungsmethode hinreichend überzeugt zu haben, so halte ich schon damit meinen Zweck für erreicht.

Die endoskopischen Befunde der normalen Harnblase und weiters der gesunden und kranken männlichen Harnröhre sollen der Gegenstand der folgenden Auseinandersetzungen sein.

Vordem will ich jedoch noch einige wenige Worte über die Endoskopie im Allgemeinen vorausschicken und auch jener äusseren Umstände Erwähnung thun, die sowohl im Allgemeinen wie auch in concreten Fällen geeignet sind, den Werth und die Leistungsfähigkeit einer endoskopischen Untersuchung günstig oder ungünstig zu beeinflussen.

Eigenthümliche, in der Natur des Untersuchungsobjectes begründete Factoren sind es, die die Endoskopie zu einem in jeder

Beziehung difficilen Untersuchungsvorgange machen. Désormeaux[1]), Tarnowsky[2]), Grünfeld[3]) u. A. haben bereits auf diese Verhältnisse aufmerksam gemacht. Ich für meinen Theil will nur hervorheben, dass wohl zumeist das minutiöse Terrain mit den für eine erfolgreiche Untersuchung hieraus resultirenden Schwierigkeiten daran Schuld trägt, dass fast ganze Decennien vorübergegangen, ohne Wesentliches in der Endoskopie zu leisten. Es erfordert diese eben einen nicht zu übersehenden Grad von Ausdauer und Objectivität, mehr vielleicht wie alle anderen Untersuchungsmethoden; der Anfänger begegnet hier ungefähr denselben Schwierigkeiten wie beim Studium der Mikroskopie. Nur durch systematisch vorgenommene Untersuchungen wird man zu positiven Resultaten gelangen. Dilettantenmässiges Vorgehen hingegen wird blos halb berechtigte Angaben zulassen, die ihrerseits wiederum dieser ohnehin arg verleumdeten Doctrin nur mehr schaden als nützen können.

Ausser diesen anatomisch begründeten, difficilen, kleinlich erscheinenden Momenten hat man aber auch noch den äusseren Verhältnissen Rechnung zu tragen, deren günstigem oder ungünstigem Einflusse man sich im speciellen Falle überlässt.

Aus diesem Grunde will ich vorerst einige allgemeine Bemerkungen über die Lagerung des Kranken, sowie über die Stellung des Untersuchenden zu diesem hier einschieben.

Ich kann, so selbstverständlich es auch erscheinen mag, nicht genug hervorheben, dass Bequemlichkeit bei der Untersuchung sowohl für den Kranken, wie auch für den Untersuchenden eine conditio sine qua non ist. Daher kann ich mich auch nicht damit befreunden, die Harnröhre eines Kranken in sitzender Stellung desselben, sozusagen en passant, zu untersuchen. Denn man ist hiebei nur zu sehr misslichen Eventualitäten von Seite des Kranken (Ohnmacht etc.) ausgesetzt und ermüdet für's Zweite der Untersuchende nur zu bald in einer unbequemen Position.

Aus diesen Gründen wählte ich, seitdem ich endoskopische Untersuchungen in grösserem Massstabe betrieb, stets ein commodes, hochgestelltes Lager für den zu Untersuchenden, vor dem ich mich

[1]) De l'endoscope et de ses applications etc. Paris 1865.

[2]) Vorträge über venerische Krankheiten. Berlin 1872.

[3]) Wiener Klinik 1877, 2. und 3. Heft. Medic. Jahrb. IV. Heft. 1877.



sodann auf einen Sessel oder Tisch setzte, so dass meine Augen bei horizontaler Lagerung des Betreffenden dessen Schambeinsymphyse vor sich hatten. In dieser nun für beide Theile nicht unbequemen Position konnte ich ganz und ruhig der mir gestellten Aufgabe obliegen, und nur so war es mir möglich, die für gewöhnlich bis zu der Zeit von einer halben Stunde bei einem Kranken ausgedehnten Sitzungen vorzunehmen. Diese angegebene Zeit für die Untersuchung einer Harnröhre, d. i. vom Collic. semin. ab, halte ich im Durchschnitte genommen für nothwendig. Ich konnte allerdings im Verlaufe von 3 Stunden blos 6 Kranke untersuchen, der Erfolg lohnte sich jedoch dieser mühevollen, zeitraubenden Arbeit. Denn hiedurch erlangte ich, wie ich glaube, so viel Routine in der Deutung des Gesehenen, in der endoskopischen Diagnostik, dass ich späterhin auch 8 bis 10 Kranke während dieser Zeit vornehmen konnte.

Zu meinen bisherigen Untersuchungen bediente ich mich theils des geraden gefensterten Endoskopes von Dr. Grünfeld, theils der Tuben nach Angabe des Dr. Steurer[1]); ersteres für die Untersuchung der Harnblase und der Harnröhre bis zum Colliculus seminalis, letztere für die der vorderen Harnröhrenstrecke. Als Lichtquelle benützte ich das Sonnenlicht, zumeist aber die Petroleum- oder Gasflamme; als Reflector diente mir ein Concavspiegel von 6'' Brennweite. Mein Instrumentarium enthält ferner die Tamponträger nach Steurer's und Grünfeld's Angabe, von denen ich jedoch den ersteren vorziehe. Zur Reinigung des Gesichtsfeldes bediente ich mich der entfetteten oder Bruns'schen Baumwolle. Alle anderen, ausser den oben angegebenen mitunter sehr sinnreich combinirten Endoskope zog ich bald nicht mehr in Verwendung, nachdem ich mich überzeugt hatte, dass, sei es durch eine unnöthig angebrachte Fensterung, sei es in Folge der übermässigen Länge der Tuben, entweder die Reinheit oder die gewünschte Lichtintensität des Bildes wesentlich beirrt werden.

Von den erwähnten Endoskopen verwendete ich blos solche mit einem Caliber Charrière Nr. 22, 21 und 19, mit denen ich überall mein Auskommen fand. Niedere Nummern anzuwenden,

[1]) Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. III. Jahrgang. 1876. I. Heft.



erscheint mir (exceptionelle Fälle ausgenommen) nicht empfehlenswerth wegen der hiebei resultirenden Kleinheit des Gesichtsfeldes. Betreffs der höheren Nummern will ich wohl zugeben, dass selbstverständlicherweise Tubus Nr. 23 für die alleinige Untersuchung der Pars cavernosa sich vortheilhafter verwenden lässt als z. B. Nr. 19, es gilt dies jedoch nur für diese Harnröhrenstrecke. Handelt es sich mir hingegen um die Untersuchung der hinter der Pars bulbosa gelegenen Harnröhrenabschnitte, so soll man sich meiner Ansicht nach mit Nr. 21 begnügen aus Gründen der Rücksicht für den anatomischen Diameter der genannten Harnröhrentheile. Die Länge der Tuben betrug nach Angabe Dr. Steurer's 13½ Ctm. oder in speciellen Fällen, wie zur Untersuchung der Fossa navicularis nur einige wenige etwa 3—4 Ctm.

Betreffs der angeführten Tuben will ich noch erwähnen, dass dieselben bei weitem noch nicht den Anforderungen einer bestmöglichsten und consecutiv rationellen Untersuchungsmethode gerecht werden. Inwieweit sich hiefür noch berechtigte Ansprüche ergeben, dessen soll im weiteren Contexte dieser Abhandlung Erwähnung geschehen.

Dieselben Gründe, die mich bestimmten, über die beste Art der Lagerung des Kranken bei einer endoskopischen Untersuchung mich auszusprechen, drängen mich auch, auf die Technik der Einführung eines geraden Endoskops in die Harnröhre näher einzugehen. Soll nicht Arzt wie Patient das Vertrauen zu dieser Behandlungsmethode verlieren, so erscheint es dringend geboten, dass sich der Untersuchende die „schonendste Art der Einführung des geraden Tubus" eigen mache. Für uns deutsche Aerzte, die wir zumeist mit gekrümmten Kathetern hantiren, bedarf die Application gerader Instrumente in die Harnröhre einer besonderen Uebung. Erst dann, wenn es der untersuchenden Hand nach sorgfältiger Uebung gelungen ist, eine solide gerade Bougie einer gesunden Harnröhre ohne jedwede Consequenz (Blutung etc.) zu appliciren, kann, wie schon Tarnowsky hervorgehoben, der Betreffende an die Endoskopie der Harnröhre und Harnblase gehen, sich von dieser Untersuchungsmethode etwas erwarten.

Im Grossen und Ganzen fällt wohl das Regulativ für die Application eines geraden Endoskopes (Steurer) mit den Regeln für die Einführung einer geraden Metallbougie zusammen. Die



Kürze des ganzen Rohres jedoch, sowie dessen eigenthümlich gestaltetes Ocularende lassen es mir gerechtfertigt erscheinen, wenn ich mich auf Grund meiner Erfahrungen des Näheren hierüber auslasse. Die Application eines solchen Endoskopes bietet vom Orificium cutaneum bis zur ersten Curvatur der Harnröhre selbst einer ungeübten Hand zumeist kein Hinderniss. Von jenen Fällen abgesehen, wo entweder eine angeborene oder erworbene Enge des Orificium oder eine erhöhte Resistenz der Valv. foss. navic. dem Vordringen des Tubus ein Hinderniss setzt, lässt sich die Harnröhre bis zum Isthmus urethrae leicht passiren. Man fasse zu diesem Zwecke den Tubus an seinem trichterförmigen Ende hinter der angesetzten Scheibe zwischen Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand und schiebe, indem man das entsprechende Daumenende auf den Obturator aufsetzt, bei senkrecht stehendem Penis den Tubus bis in die Pars bulbosa vor. Hier angelangt, hat man, um in den Isthmus urethrae zu gelangen, den Tubus aus der Verticalen in die Horizontale und um etwa 20° unter diese zu bringen. Steht somit bei horizontal gelagertem Kranken der Tubus unter ungefähr einem Winkel von 110° zur Verticalen, so versuche man nun, indem der Daumen auf den Obturator drückt, das Endoskop vorzuschieben. Gelingt dies nicht sofort und leicht, ohne dass der Kranke eine bedeutende Schmerzempfindung äussert, so hebe und ziehe man zugleich den Tubus wieder um etwas zurück, um das Manöver von vorne zu beginnen. Bei einigem Vertrautsein mit dem Regimen einer schonenden Einführung gerader Instrumente in die Harnröhre wird dasselbe auch gelingen; kommt man jedoch nach einem dreimaligen Versuche nicht zum Ziele, so stehe man lieber hievon ab und versuche es ein andermal. Im günstigen Falle gelangt man auf die angedeutete Weise in den Isthmus urethrae und kann so, indem man das Ocularende stetig langsam senkt und mit dem Daumen einen entsprechenden Druck auf den Obturator ausübt, leicht die Pars membranacea passiren. Mit dem offenen Tubus kann man dann noch bis zum Colliculus seminalis vordringen. Für die Untersuchungen nach weiter oben hin muss man jedoch bereits ein gefenstertes Endoskop benützen, da sonst der in einen offenen Tubus einströmende Harn dessen Entfernung aus der Harnröhre nothwendig machte.

Ist auf diese Weise die Einführung des Tubus beendet, so

handelt es sich nunmehr um die ruhige, unverrückbare **Fixation** des Visceralendes desselben in jenem Harnröhrenabschnitte, der zur Ansicht gelangen soll. Diese Arbeit übernimmt nun die linke Hand und empfiehlt es sich, zu diesem Zwecke den hängenden Theil des Gliedes schief um seine Längsaxe zu drehen. Der Daumen und Zeigefinger der linken Hand werden zwischen dem trichterförmigen Ende und der angesetzten Scheibe des Tubus eingestellt; die drei anderen Finger dieser Hand jedoch setze man auf das äussere Integument der nach aufwärts gerichteten Harnröhre und somit indirect auf den Tubus auf. Hiedurch ist es ermöglicht, denselben direct unter den Fingern zu fühlen und somit unverrückt in der Harnröhre zu erhalten. Ein Vortheil, der, versuchte man es hingegen an den Corp. cavern. penis eine Stütze zu gewinnen, nicht statthaben könnte. Ferner will ich hier noch erwähnen, dass man bei der allmäligen Extraction des Tubus ausser den soeben angeführten Cautelen auch noch der naturgemässen Krümmung der Harnröhre Rechnung tragen muss, worauf zurückzukommen ich übrigens noch im weiteren Verlaufe dieser Abhandlung Gelegenheit haben werde.

Zusammengefasst scheinen mir somit bei der Endoskopie folgende äussere Verhältnisse der grössten Beachtung werth: eine sichere Position des Untersuchenden, die ruhige Lage des Kranken und ferner die jeweilige präcise Fixation des vordem in der schonendsten Weise in die Harnröhre eingeführten Tubus. Denn ich wiederhole es: in diesem minutiösen Fache der Endoskopie gibt es der kleinlichen unangenehmen Zwischenfälle, die ausser dem Bereich des untersuchenden Arztes gelegen, so viele, dass man gerne bestrebt sein soll, sich zum wenigsten der subjectiven störenden Momente zu begeben. Nur dann erst kann der Untersuchende von der Endoskopie des vorliegenden Objectes etwas erwarten.

A. Normale Befunde.

I. Untersuchung der Harnblase durch das gerade gefensterte Endoskop. (Grünfeld.)

In mehreren Fällen von weiten und kurzen Harnröhren benützte ich zur Untersuchung der Blase beim Manne das angegebene Endoskop.

Durch dasselbe zeigt das Bild der Harnblasenschleimhaut (Bild Nr. 1 der beigegebenen Tafel[1]), das trotz der unentbehrlichen Fensterung des Tubus ein ganz scharfes ist, auf röthlichgelbweissem Grunde zahlreiche, geschlängelte, dendritisch sich verzweigende, 1—2 Mm. breite Streifen — die Gefässe. Das Visceralende des Tubus kann in dem weiten Blasenraume nicht unerhebliche Excursionen vornehmen; es gelingt so, je nach dem Füllungsgrade der Blase, die hinteren und seitlichen Antheile des Blasengrundes oder selbst des Blasenkörpers zu besichtigen. Das früher beschriebene Bild bleibt hiebei unverändert, doch kann man sich leicht das Combinationsbild der Blase (Grünfeld) construiren. — Selbstverständlicher Weise drängte es mich alsbald, die angeblich sichtbare Ureterenmündung zu Gesicht zu bekommen. Auf Grund der bekannten anatomischen Lagerung dieser Partie richtete ich das Visceralende des Tubus dahin — war jedoch, offen gestanden, nie so glücklich, selbst bei längerem, sorgfältigem Zusehen dieser fraglichen Region ansichtig zu werden. Insoferne differiren meine Untersuchungs-Ergebnisse mit den günstigen Resultaten des Herrn Dr. Grünfeld, wenigstens für die Besichtigung der Ureterenmündung beim Manne; beim Weibe hatte ich jedoch nie Gelegenheit, diesbezügliche Untersuchungen vorzunehmen. Um mich hierüber so viel als möglich zu orientiren, benützte ich das Endoskop auch am Cadaver. Ich führte nämlich in eine excidirte Harnblase einen Tubus ein, sondirte von aussen die Ureteren und versuchte nun, indem ich den durch die Ureterenmündung vorstehenden Sondenknopf in's Auge fasste, diese auch dann zu erkennen, nachdem der Knopf der Sonde, die ich zurückzog, in der Ureterenlichtung verschwunden war. Doch gelang mir dies nicht — die Ureterenmündung gab sich mir durch nichts zu erkennen, und auch an der geöffneten Blase vermochte ich nie, ohne mir durch eine eingeführte Sonde den Weg zu weisen, des Blasenendes der Ureteren ansichtig zu werden. Wenn vielleicht auch am Cadaver die Verhältnisse alterirt sind, die Faltung der Blasenschleimhaut eine different reichlichere ist — so kann ich

[1]) Sämmtliche auf den Tafeln Nr. V und VI dargestellten Bilder sind chromolithographische Abdrücke von Originalaufnahmen, die unter meiner Controle in Oel ausgeführt wurden. Diese Oelbilder befinden sich in meinen Händen.



mich vorläufig nur dahin aussprechen, dass für mich bis nun zu die Wahrnehmung der Ureterenmündung noch ein pium desiderium ist. Weiters wurde ich nie des Pulsations-Phänomens der Blasenarterien gewahr. Dass Dr. Grünfeld dessen auch nicht erwähnt, dasselbe somit nicht beobachtet zu haben scheint, wundert mich, da er doch andererseits ausdrücklich hervorhebt[1]), diese Erscheinung an den Arterien der Harnröhrenschleimhaut wahrgenommen zu haben, was doch entschieden ungleich schwieriger sein muss.

II. Untersuchung der Harnröhre durch den offenen Tubus Nr. 21. (Steurer.)

Wie jede andere naturwissenschaftliche Untersuchungsmethode erfordert selbstverständlicher Weise auch die Urethroskopie, dass der Untersuchende sich vor Allem über die normalen endoskopischen Verhältnisse orientirt haben muss. Aus diesem Grunde will ich noch, bevor ich an die Mittheilung der normalen endoskopischen Bilder in den einzelnen Harnröhrenabschnitten gehe, kurz und zusammengefasst jener Erscheinungen Erwähnung thun, die im Allgemeinen endoskopisch zur Beobachtung gelangen und die auch in differentialdiagnostischer Beziehung mitunter von hohem Werthe sind.

Es sind dies folgende Erscheinungen:

a) Die Art der Einwulstung der Harnröhrenschleimhaut in das Lumen des Tubus. Diese Erscheinung ist die erste und wichtigste Consequenz der endoskopischen Untersuchung. Man versteht hierunter die Art und Weise, wie die vordem einander berührenden Harnröhrenwandungen sowohl quantitativ wie qualitativ auf die Einführung des Tubus reagiren.

Auf diese Art der Wulstung nehmen unter normalen sowie pathologischen Verhältnissen die mannigfachsten Factoren Einfluss. Zumeist bestimmen die differenten anatomischen Verhältnisse der einzelnen Harnröhrenbezirke deren verschiedene Configuration. In dieser Beziehung erscheint es wichtig, folgende

[1]) Wiener Klinik 1877, 2. u. 3. Heft, pag. 54.



Momente zu beachten: den variablen Diameter der Harnröhre in deren einzelnen Bezirken, die verschiedene Ausdehnbarkeit der Harnröhre und den directen oder indirecten Einfluss der die Harnröhre umlagernden Muskeln und Schwellkörper. In pathologischen Fällen äussern auch die veränderten Consistenz- (Structur-) Verhältnisse der Schleimhaut einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Art ihrer Einwulstung.

Wie erwähnt, suchen die durch den eingeführten Tubus in ihrem Contact gestörten Harnröhrenwände dessen Inneres auszufüllen.

Vom Tubusrande her drängt sich die Schleimhaut mehr minder weit dem untersuchenden Auge entgegen, entweder in ihrem ganzen Umkreise oder participiren blos einige Abschnitte, wie z. B. die seitlichen an dieser Einwulstung. Dieselbe erscheint somit entweder deutlich ausgesprochen (Bild Nr. 7, 8, 9), oder minder auffallend (Bild Nr. 2, 11, 12, 13 u. 15), oder sie kann auch vollständig fehlen (Bild Nr. 20, 21 u. 22). Ja unter gewissen Verhältnissen macht die endoskopisch besehene Schleimhaut den Eindruck, als ob sie sich nach rückwärts drängte (Bild Nr. 3, 4, 5, 6).

In jenen Fällen, wo diese Erscheinung der Einwulstung auffällig zur Wahrnehmung kommt, wie z. B. im Bilde Nr. 7, bildet die vom Tubusende her aufsteigende Schleimhaut am Ende dieser Erhebung eine mehr oder weniger breite Scheide, die „Kuppe des Wulstes". Von da an senkt sich die Schleimhaut mehr minder steil gegen das Tubusinnere ein und bildet so einen an die Trichterform erinnernden Conus, der in dem vorliegenden Fall in einen medialen Spalt übergeht, welch' letzterer uns das nach rückwärts zu fortgesetzte Lumen der Harnröhre andeutet und „centrale Figur" heisst[1]). Ebenso different wie die Art der Er-

---

[1]) Betreffs dieser von Dr. Grünfeld genauer präcisirten technischen Bezeichnungen scheinen mir einige Bemerkungen nicht überflüssig. Mit dem Ausdrucke „centrale Figur" erkläre ich mich vollkommen einverstanden; nicht so jedoch mit der meritorischen Deutung der Erscheinung der Trichterbildung im Sinne Dr. Grünfeld's. Dieser Autor scheint nämlich, wenn ich denselben recht verstehe, der Art der Einsenkung der Schleimhaut von der Kuppe des Wulstes gegen die centrale Figur einen hohen Werth beizulegen. Meinen Erfahrungen zufolge verdient diese Erscheinung eine mehr

hebung der Schleimhaut vom Tubusrande her, sind in den verschiedenen Fällen auch die anderen, soeben genannten Erscheinungen. Die Kuppe des Wulstes kann schmal oder breit sein, der Trichter kurz oder lang, mehr minder steil abfallen und die centrale Figur kann in allen möglichen Varianten wechseln. Entweder kaum angedeutet oder zu einem deutlichen Spalt entwickelt, kann ihre Contour regelmässig oder unregelmässig (zackig) und ihre Verlaufsrichtung horizontal, vertical oder schief gestellt sein. Wie erwähnt, nehmen auf die genannten Varianten, ausser den später zu erwähnenden, differenten, anatomischen Localverhältnissen der Harnröhre auch veränderte Consistenzgrade der Schleimhaut Einfluss. So will ich hier nur erwähnen, dass die so auffälligen Differenzen in der Consistenz einer gesunden Schleimhaut und einer bindegewebig entarteten an und für sich genügen, um eine präcise endoskopische Diagnose zu stellen. Zur richtigen Orientirung über die Structurverhältnisse einer normalen Harnröhrenschleimhaut eignet sich gleichfalls am besten Bild Nr. 7 und 8, da sich in diesem Falle die Mucosa urethrae mächtig in das Tubusinnere eindrängt, somit prall gespannt erscheint. Unter diesen der Untersuchung so günstigen Verhältnissen macht das oberflächliche Schleimhautstratum den Eindruck eines ganz feinen Häutchens, ungefähr analog transparent der Netzhaut des Auges bei lichtschwacher Beleuchtung des Augengrundes. Auf der Kuppe des hier auffälligen Wulstes stören die daselbst etablirten, später zu erwähnenden Lichtreflexe die Wahrnehmung dieser Erscheinung. Neben denselben, an diesen vorbei kann man dieses Phänomen jedoch ganz gut beobachten. Dasselbe gewährt, meiner Ansicht nach, den besten Anhaltspunkt zur Beurtheilung der Consistenz einer Harnröhrenschleimhaut und lässt sich bei einiger Uebung deutlich erkennen.

Einer anderen Erscheinung noch legte ich, zu diagnostischen Zwecken, im Beginn meiner Untersuchungen einen Werth bei. Es

---

untergeordnete Beachtung und ist als der ersten Consequenz der Einwulstung der Schleimhaut in das Tubusinnere, vielmehr der Art und Höhe dieser Erhebung der Mucosa vom Tubusrande her, sowie der Kuppe dieses Wulstes zu diagnostischen Zwecken volle Rücksicht zu schenken. Eventuell liesse sich für diese zwei Erscheinungen die Bezeichnung „Trichterkrämpe“ wählen.



ist dies das längere oder kürzere Verweilen des mehr minder tiefen Eindruckes auf der Harnröhrenschleimhaut durch den Tubusrand. Dr. Grünfeld hat bereits auf diese Erscheinung als diagnostischen Behelf aufmerksam gemacht. Dieses Phänomen verlor jedoch späterhin für mich seinen, wenigstens absoluten Werth, da dasselbe nicht allein von der Resistenz der Schleimhaut, sondern auch, und dies vielleicht noch mehr, von der Hand des Untersuchenden abhängig ist.

b) Die Faltung der Schleimhaut. Theils fehlt eine solche vollkommen, theils trägt die Schleimhaut nur minimale Fältchen oder lassen sich, wie z. B. in pathologischen Fällen, deutlich wahrnehmbare Schleimhautfalten nachweisen. Diese variablen Erscheinungen, die die gröberen Niveauverhältnisse im endoskopischen Bilde bestimmen, liegen entweder noch innerhalb der Breite der Gesundheit, oder sie zeigen uns veränderte Structurverhältnisse der Schleimhaut an. Der näheren Details hierüber soll später bei den speciellen Fällen Erwähnung geschehen.

c) Eine ganz wesentliche Beachtung verdienen die zur Ansicht gelangenden Lichtreflexe, und zwar 1. deren Anreihung, 2. deren Timbre.

Im Allgemeinen stehen diese Erscheinungen in innigem Zusammenhange einerseits mit den Niveauverhältnissen der Schleimhaut gröberer und feinerer Natur, andererseits mit deren Consistenzgrade.

Die Contour der Lichtreflexe hängt ab von der Art der Einwulstung der Schleimhaut: hieraus resultiren die kreisförmigen, ovalen, halbmondförmigen, flächenartig ausgebreiteten etc. Lichtreflexe. Diese Reflexgruppen bilden wiederum entweder ein geschlossenes Ganzes, z. B. einen geschlossenen Kreis oder ein Oval oder es finden sich in dem Lichtreflexbilde kleinere oder grössere, mehr minder deutlich markirte Unterbrechungen, es erscheinen dann punkt- oder stippchenförmige Lichtreflexe.

Diese letztere Variante hängt unter normalen Verhältnissen von den bereits erwähnten gröberen Niveaudifferenzen der Schleimhaut ab, oder sie stellt ein pathologisches Produkt dar.



Die feineren Niveauverhältnisse, die später besprochen werden sollen, bestimmen im Verein mit anderen Momenten, wie dem Consistenz-, dem Feuchtigkeitsgrade der Schleimhaut etc. den Timbre der Lichtreflexe. Man lernt bald grelle, helle und matte Lichtreflexe unterscheiden. Bei einiger Uebung lassen sich diese Erscheinungen in Combination mit anderen Behelfen in differentialdiagnostischer Beziehung gut verwenden.

d) ausser jenen gröberen Niveauverhältnissen, die sub b) beschrieben wurden, und durch die verschiedene Faltung der Schleimhaut veranlasst sind, gelangen sowohl unter normalen wie anomalen Verhältnissen auch feinere, ja mitunter minimale Niveaudifferenzen der Schleimhaut zur endoskopischen Wahrnehmung. In beiden Fällen können sie positiven oder negativen Charakters sein. Von solchen der ersteren Art findet man sowohl auf einer gesunden wie anderweitig erkrankten Harnröhrenschleimhaut mitunter hanfkorngrosse, circumscripte, oberflächlich transparente Erhabenheiten, die bereits Ebermann[1]) als geschwellte Schleimfollikel erkannt hat; ferner gehören hieher die pathologische Produkte darstellenden Granulationen. Niveaudifferenzen einer gesunden Schleimhaut im negativen Sinne und minimalen Charakters stellen die so häufig sich präsentirenden Lacunae Morgagni dar. Denselben stehen sehr nahe in ihren endoskopischen Erscheinungen die Schleimhautdefecte pathologischer Natur, d. i. die Erosionen und Ulcerationen. Von allen diesen soll später die Rede sein.

e) Die Farbe der Schleimhaut der Harnröhre kann in allen möglichen Nuancen von Roth variiren — vom dunkelbraunrothen an bis zum hellen gelblich roth. Mitunter fällt dem untersuchenden Auge, und dies insbesondere in den rückwärtigen Partien der Harnröhre, ein von der Peripherie hereinragender, röthlich-weisser Sector im endoskopischen Bilde auf (Bild Nr. 5). Es ist dies nichts Pathologisches, sondern blos eine Druckerscheinung.

Bei pathologischen Processen der Schleimhaut finden sich noch viele andere Farben vertreten, wie blauweiss (Bild Nr. 20, 21, 22 u. 23), bläulichschwarz (Bild Nr. 19), schwarzbraun (Bild Nr. 17 u. 18) etc.

---

[1]) St. Petersburger medic. Zeitschrift 1865, 2. Heft.

Mit Berücksichtigung der genannten Erscheinungen, die als diagnostische Behelfe für die Endoskopie der Harnröhre ihre volle Beachtung verdienen, übergehe ich nun zur Beschreibung der einzelnen endoskopischen Bilder in den verschiedenen Harnröhrenabschnitten.

1. Pars prostatica. Meine bisherigen Untersuchungen des Theiles der Pars prostatica bis zum Collicul. seminalis (sogenannter Blasenhals) liessen mich durch das hier allein verwendbare gefensterte Endoskop kein klares Bild gewinnen. Harn und etwas Blut verunreinigten das Fenster des Tubus; ich halte mich aus diesem Grunde zu keinem sicheren Ausspruche hierüber berechtigt. Um diese Lücke so viel als möglich zu ergänzen, will ich des am Cadaver zu gewinnenden endoskopischen Bildes dieser Harnröhrenpartie Erwähnung thun.

Ebenso wie am Lebenden gibt sich auch an der Leiche der Uebergang aus dem weiten Blasenraume in die spindelförmige, daher eng an den Tubus sich anschliessende Pars prostatica dem Untersuchenden zu erkennen. Der Tubus erscheint engagirt, gestattet demnach nur mehr kleine Excursionen. Am Orificium vesicale zeigt das endoskopische Bild eine ganz unregelmässige, deutlich ausgesprochene Wulstung der Schleimhaut, deren Wandungen jedoch derart resistent erscheinen, dass durch die sich bildenden Wülste das Tubuslumen nicht ausgefüllt wird, diese Wülste somit eine centrale, lochförmige, unregelmässige Oeffnung einschliessen. Die Farbe der Schleimhaut daselbst erscheint deutlich blass gelblichweiss. So verbleibt das Bild auf etwa $1^1/_2$ Ctm. vom Blasenende, somit bis ungefähr zum Colliculus seminalis. Diesen selbst habe ich, wie ich jetzt gleich bemerken will, weder am Lebenden noch an der Leiche wahrnehmen können. Unterhalb seiner beginnt nun für die Endoskopie am Lebenden das Terrain für einen offenen Tubus. Dem weitesten Theil der Pars prostatica entsprechend, d. i. knapp unter dem Colliculus seminalis, gewinnt man durch einen Tubus Nr. 21 (Steurer) folgendes endoskopische Bild.

Im Ganzen macht dasselbe (Bild Nr. 2) den Eindruck eines mit seiner Spitze nach rückwärts zu gelegenen Trichters, dessen Höhe gering, bloss einige Mm. beträgt, und dessen Wände gleichmässig geneigt gegen das Centrum zu sich einsenken. Dieses zu



tiefest gelegene Centrum erscheint entweder punkt- oder undeutlich grübchenförmig und ist dies die angedeutete Fortsetzung des Lumens der Harnröhre. Seine vordere Grenze findet der Trichter in einem concentrischen Lichtreflexe, der, etwa 1 Mm. vom Tubusrende entfernt, der dem Auge des Untersuchenden zunächst gelegenen Partie entspricht.

Zieht man nun den Tubus langsam und vorsichtig in den unteren, conisch gestalteten Theil der Pars prostatica urethrae zurück, so ändert sich das beschriebene Bild. Die Spitze des Trichters, d. i. die centrale Figur, ist nunmehr kaum angedeutet, nach oben hin gedrängt, somit excentrisch (Bild Nr. 3). Zu diesem Punkte hin sieht man von unten her feine, zarte Fältchen aufsteigen, die allmälig sich verjüngend, dorthin zu convergiren. Den zarten Faltenfirsten entsprechend, kann man auf eine kurze Strecke hin zarte Reflexlinien verfolgen, die gleichsam radiär von einem halbmondförmigen, zu unterst gelagerten, 1 Mm. etwa vom Tubusrande entfernten Lichtreflexsaum abgehen. Dieses Bild (Nr. 3), wie es sich zumeist am Uebergange des prostatischen in den musculösen Theil der Harnröhre präsentirt, möchte ich ein Uebergangsbild nennen; denn es zeigt theilweise noch den Typus des früher erwähnten Bildes (Nr. 2) — was durch den halbmondförmigen, knapp an den Tubusrand gelagerten Lichtreflex angedeutet ist — andererseits weist dasselbe bereits ähnliche Erscheinungen auf, wie wir sie in den folgenden Bildern beobachten.

2. Pars membranacea. Besichtigt man durch den langsam und vorsichtig zu extrahirenden Tubus die Harnröhrenschleimhaut im Beginn der Pars membranacea, so finden wir die im früheren Bilde nach obenhin verschwundene centrale Figur bereits wiederum im Gesichtsfelde. Sie ist als ein ovales, schmales, dunkelbraunes Grübchen im oberen Theile des Gesichtsfeldes ausgesprochen. Dahin sieht man nun die jetzt minder scharf ausgeprägten Schleimhautfalten hinziehen. Auch hier bemerkt man noch den am unteren Tubusrande gelagerten Lichtreflexsaum, jedoch nur mehr sichelförmig (Bild Nr. 4). Ist während der allmäligen Extraction das Visceralende des Tubus endlich in der Mitte der Pars membranacea angelangt, so zeigt das endoskopische Bild wohl noch dieselben, eben beschriebenen Charaktere, nur die excentrische (centrale) Figur erscheint deutlicher markirt,



durch zwei sich zuspitzende Ausläufer grösser geworden und weiter abgerückt vom oberen Tubusrande (Bild Nr. 5).

Sucht man nach einer anatomisch begründeten Erklärung dieser Bilder der Pars prostatica und membranacea, so scheinen mir folgende Momente von Belang zu sein. In dem weitesten Theile der Pars prostatica, dessen Capacität nach Angaben Kohlrausch[1]) 10—11 Mm. beträgt, darf es wohl nicht auffallen, dass es leicht gelingt, das Lumen der Harnröhre central einzustellen. Unter anderen Verhältnissen befindet sich jedoch der Tubus in dem unteren, allmälig sich verjüngenden Theile der Pars prostatica, noch mehr aber in der Pars membranacea. Das in letzterer gleichmässig cylindrische Lumen der Harnröhre mit einem nur 7 Mm. messenden Diameter einerseits, sowie andererseits vielleicht der hier gewiss nicht zu unterschätzende Einfluss der diese Partie umlagernden organischen Längs- und Ringmuskelschichte, sowie der animalen Muskelbündel dürfte uns das auffällige Streben der Harnröhrenschleimhaut nach rückwärts hin mit dem excentrisch gelagerten Lumen der Harnröhre erklären. Ausserdem erscheint vielleicht in dieser Hinsicht auch noch eine Fehlerquelle der Berücksichtigung werth, auf die ich sogleich eingehen werde.

Betreffs der vier genannten Bilder (Nr. 2, 3, 4, 5) will ich nur noch hervorheben, dass dieselben sich durchaus nicht in der für eine präcise Diagnose günstigen Form präsentiren. Die vom Auge des Untersuchenden weg nach rückwärts hin drängende Schleimhaut mit den auf ihr etablirten Falten lässt gewiss in pathologischen Fällen so manche Details dem untersuchenden Auge verloren gehen. Es entsprechen eben für diese Harnröhrenpartien die angeführten Tuben nicht vollkommen dem Postulate einer bestmöglichen Untersuchungsmethode. Meinen Erfahrungen zufolge sollen die eingeführten Endoskope zu diesem Zwecke die Harnröhrenschleimhaut so viel als möglich dilatirt, d. i. entfaltet, dem Untersuchenden zur Anschauung bringen. Hält man sich nun die Angaben Reybard's[2]) vor Augen, der den tieferen Theilen der

---

[1]) Die in diesem Aufsatze angegebenen Daten über die differenten Durchmesser der einzelnen Harnröhrenbezirke sind „Henle's Handbuch der schematischen Anatomie des Menschen, II. Bd.“ entnommen.

[2]) l. c. ibidem pag. 376.

Harnröhre eine bedeutende Erweiterungsfähigkeit beimisst, so dürfte von der Anwendung blättriger Endoskope[1]) vieles zu erwarten sein.

Zudem äussern vielleicht gewisse Verhältnisse auf den eben beschriebenen Charakter dieser Bilder einen nicht geringen ungünstigen Einfluss und werden hiedurch zu der früher beregten Fehlerquelle. Für die bekanntermassen retrograde Untersuchung der Harnröhre gilt eben eine genaue axiale Einstellung des Tubus als die wichtigste Bedingung zur genauen Wahrnehmung eines natürlichen endoskopischen Bildes — in der Pars prostatica et membranacea jedoch hält es schwer, dieser Anforderung strictissime nachzukommen. Denn nicht allein die angedeuteten anatomischen Verhältnisse (wie die Enge des Lumens, der Einfluss der Muskeln etc. in der Pars membranacea) beeinflussen in dieser Beziehung das anatomische Bild, sondern es verhindern auch selbst minimale Abweichungen des Tubus aus der medianen, sei es, dass die Lagerung des Kranken oder die Stellung des Untersuchenden hieran Schuld trägt — eine genaue centrale Einstellung des Lumens der Harnröhre. So geschieht es, dass man in diesen Harnröhrenabschnitten, deren Fixation im Beckenraum durch das Diaphragma urogenitale überdies noch eine vollkommen stabile ist, überwiegend die untere Wand der Harnröhrenschleimhaut in's Gesichtsfeld bekommt. Ein Uebelstand, dessen Consequenzen nach dem früher Gesagten sich von selbst ergeben.

Das soeben beschriebene Bild der Pars membranacea erleidet eine kleine Abänderung am Uebergange des engen Isthmus in die weitere Pars bulbosa (Bild Nr. 6). Wenn dasselbe auch noch im Ganzen und Grossen den früher geschilderten Typus trägt, so ist dasselbe doch insoferne alterirt, als das Streben der Schleimhaut nach oben und rückwärts zu nicht mehr so auffällig ist, diese vielmehr die Tendenz zeigt, sich gleichmässig auch von den Seiten her in das Tubusinnere einzuwölben. Dem entsprechend ist auch der Lichtreflex stärker entwickelt und nun auch seitlich wahrnehmbar. Am auffälligsten aber ist eine Erscheinung an der früher

[1]) Auch von anderen Seiten wurden bereits solche dilatable Endoskope vorgeschlagen, dieselben scheinen mir jedoch, in der bisherigen Façon wenigstens, den Anforderungen nicht vollständig zu entsprechen.



beschriebenen centralen Figur: man sieht nämlich von diesem excentrisch nach oben gelagerten Grübchen in der medialen einen 3—4 Mm. langen feinen Spalt abgehen. Der Umstand, dass die soeben genannten Erscheinungen, insbesondere aber die mediale Spaltbildung scharf und charakteristisch ausgesprochen sind bei dem sogleich zu beschreibenden Bilde der Pars bulbosa — lässt mich das genannte endoskopische Bild (Nr. 6) gleichfalls als ein Uebergangsbild bezeichnen.

3. Pars cavernosa urethrae.

Meinen Erfahrungen zufolge erscheint es praktisch, zu endoskopischen Zwecken den cavernösen Theil der Harnröhre in folgende Abschnitte zu sondern:

a) jenen Theil der Harnröhre, an den sich von unten her der Bulbus corp. cavern. urethrae anlegt, bis zu deren Eintritt in die Corpora cavern. urethrae selbst (Pars bulbosa urethrae — Sinus bulbi);

b) von dieser Grenze an bis zum Durchtritte der Harnröhre durch das Lig. suspens. penis;

c) von da an bis zum Eicheltheile des Gliedes (Pars pendula);

d) der diesem selbst entsprechende Harnröhrenabschnitt (Fossa navicularis).

a) Pars bulbosa urethrae. Mit dem Austritte der Urethra aus dem Diaphragma urogenitale gewährt uns deren Schleimhaut die kurze Strecke entlang bis zu ihrem Eintritte in das Corpus cavern. urethrae folgendes geradezu typische Bild (Nr. 7).

Vor Allem überrascht an diesem Bilde eine auffällige massige Einwulstung der Harnröhrenschleimhaut in das Innere des Tubus, woran sich jedoch insbesondere die seitlichen Harnröhrenwandungen betheiligen. Es entstehen hiedurch zwei seitliche, hemisphärisch gestaltete Wülste, die durch einen medialen Spalt von einander getrennt sind.

Die von den Seiten des Tubus ganz mächtig hereinstrebende Schleimhaut erhebt sich steil bis zur Kuppe des Wulstes, der in der Horizontalen des Tubuslumens die grösste Höhe zeigt, um von da an nach oben und unten zu abzufallen. Seinem Rande entsprechend finden wir den hier elliptisch (oval) gestalteten geschlos-



senen Lichtreflex. Von da an senkt sich die Schleimhaut auffallend steil gegen das Centrum ein, um in die centrale Figur überzugehen. Diese, die angedeutete Fortsetzung des Lumens der Harnröhre, bildet den früher erwähnten Spalt, der correct perpendiculär (median) gestellt ist, ungefähr 5—6 Mm. misst und nur wenig klafft. Diese beiden Wülste erscheinen fast congruent; oben und unten werden sie genau in der medianen, durch eine schmale 1—2 Mm. breite Schleimhautbrücke zusammengehalten.

Die, wie früher bedeutet, maximal sich einwulstende Schleimhaut erscheint in Folge dessen prall gespannt, fast vollkommen entfaltet und lässt sich daher auch auf der Kuppe des Wulstes, an den Lichtreflexen vorbei, das früher beschriebene Phänomen der Durchscheinbarkeit der Schleimhaut wahrnehmen [1]). Als eine weitere Consequenz hievon ergibt sich, dass der hier ovale, geschlossene Lichtreflex näher der centralen Figur steht, als dem Tubusrande. Die schmale Schneide des von ihm occupirten Wulstes bestimmt seine geringe Breite sowie seinen zarten Umriss.

Die Farbe der Schleimhaut ist hier minder dunkelroth als im prostatischen und musculären Theile der Harnröhre; ich möchte sie als dunkel- oder hellfleischroth bezeichnen (Bild Nr 7 u. 8).

Alle die genannten Erscheinungen boten sich mir als typisches Bild einer gesunden Harnröhrenschleimhaut der Pars bulbosa dar, jedoch nur, wie ich ausdrücklich hervorheben muss, bei vollkommen axialer Einstellung des Tubus. Um denselben stricte in der Medianen zu erhalten, empfiehlt es sich, dessen allmälige, vorsichtige Extraction aus dem Isthmus urethrae in die Pars bulbosa sozusagen an der Hand der oberen Harnröhrenwandung vorzunehmen, und auch bei der Fixation des Tubus dessen Visceralende dieser genau zu adaptiren. Auf diese Weise wird es jederzeit gelingen, sich das Lumen der Harnröhre central einzustellen und

[1]) Trotz dieser günstigen Verhältnisse konnte ich, wie ich hier bemerken will, weder in der Pars bulbosa urethrae, noch überhaupt auf der Harnröhrenschleimhaut jemals Gefässe beobachten, selbst nicht bei Benützung des von Herrn Dr. Grünfeld gegebenen Winkes, die Schleimhaut seitlich zu beleuchten. Dessen positive Resultate erregen um so mehr mein Erstaunen, als es mir doch andererseits jederzeit gelang, bei dieser seitlichen Einstellung der Schleimhaut der gewiss auch nicht auffälligen Lacunae Morgagni ansichtig zu werden.



des besagten Bildes ansichtig zu werden. Benützt man jedoch die Führung an der oberen Harnröhrenwand nicht und thun vielleicht auch die auf das äussere Integument der Harnröhre aufgesetzten Finger das ihrige hinzu, um den Tubus nicht genau in der Medianen fixirt zu erhalten, dann verschafft man sich allerdings dieses Bild nicht. Denn das Tubusende wird in den sogenannten Bulbussack herabgleiten und so dessen hintere Schleimhautwand zur Ansicht gelangen. Dass man aber nicht dieses, sondern das früher beschriebene centrale Bild gewinnen soll, erscheint mir dadurch geboten, weil eben letzteres die Verhältnisse der Schleimhaut in diesem Harnröhrenbezirke am besten veranschaulicht, sich somit am günstigsten zur endoskopischen Diagnose einstellt.

Für eine anatomische Begründung dieses endoskopischen Bildes scheinen mir folgende Momente von Werth. Die Weite des Schleimhautrohres an dieser Stelle, mit einem Diameter von 13 bis 14 Mm. (Kohlrausch), sowie der Einfluss, einerseits der die Mucosa umlagernden ringförmigen Muskelschichte und andererseits des benachbarten Musculus bulbacavernosus dürften uns vielleicht das gewaltige, massige Eindrängen der Schleimhaut in das Tubuslumen erklären. Die früher beschriebene Art der Einwulstung hingegen, nämlich die Bildung der zwei auffallenden seitlichen Wülste mit dem medianen Spalte dürfte in der bekannten Configuration des in zwei halbkugelige Erhabenheiten getheilten Bulbus (Hemisphaeria bulbi Kobelt) ihre Ursache finden, indem vielleicht der, gleichfalls gefiederte, Musculus bulbocavernosus, durch den eingeführten Tubus zu einer reflectorischen tetanischen Contraction angeregt, die zwei genannten Bulbushälften mit der Harnröhrenschleimhaut in das Tubuslumen eindrängt.

Kurz zusammengefasst charakterisirt sich das Bild einer normalen Schleimhaut der Pars bulbosa urethrae durch: die auffallend massigen, fast congruenten, hemisphärischen, sagittal gestellten Wülste, den diese unvollkommen trennenden medialen Spalt, durch den steilen Abfall der Trichterwände gegen die centrale Figur hin und den der letzteren nahegerückten oblongen Lichtreflex.

b) Mit dem Anlangen des Tubusendes an jenem Harnröhrenabschnitte, dessen hintere Grenze das Eintreten der Harnröhre in die Corp. cavern. kennzeichnet, bis zu deren Austritt aus dem



Becken durch das Lig. suspens. penis, findet man das soeben beschriebene Bild wiederum verändert, wir erhalten abermals ein Uebergangsbild (Nr. 9 und 10). Dasselbe erklärt sich vielleicht durch das Fehlen der früher genannten Factoren (Weite des Harnröhrenlumens, Musc. bulbocavern. etc.), theils können bereits die hier die Harnröhre in ihrer ganzen Peripherie umgebenden Corp. cavern. urethrae auf das nun minder regelmässige sowie minder constante endoskopische Bild Einfluss nehmen. Man bemerkt nämlich an dem Bilde Nr. 9, dass die beiden seitlichen Wülste, wie auch der mediane Spalt im Ganzen und Grossen wohl noch ihren Contour bewahren; doch verläuft der letztere nicht mehr unverzweigt, sondern schickt nach den Seiten zu, sowie nach oben und unten mehr minder tiefe Ausläufer ab. Dem entsprechend bilden sich neben den Einschnitten kleine Wülstchen, die ihrerseits wiederum die Reflexbildung alteriren. Derselbe zeigt wohl noch seinen elliptischen Contour, nimmt jedoch, je weiter man den Tubus zurückzieht, die Kreisform an, während zugleich auch der früher mediane Spalt eine ausgesprochene Sternform[1]) (Bild Nr. 10) zeigt. An der Einwulstung der Schleimhaut betheiligen sich nun nicht mehr vorwiegend die seitlichen Partien, sondern sie geschieht fast gleichmässig vom ganzen Tubusrande her.

Die letztgenannten Erscheinungen bewogen mich, diese zwei Bilder als Uebergangsbilder anzusprechen, da wir sie, allerdings auffälliger, bei den nun zu beschreibenden Bildern der Schleimhaut in der Pars pendula penis finden werden.

c) Vom Durchtritte der Urethra durch das Lig. suspens. an bis zur Fossa navicularis zeigt sich die Schleimhaut, bei axialer Einstellung des Tubus, fast gleichmässig von allen Seiten gegen das Tubusinnere hereingewulstet, ohne dass jedoch diese periphere Wulstung so massig wäre, wie wir dies an der Schleimhaut der Pars bulbosa gesehen haben. Dieselbe hält sich vielmehr innerhalb bescheidener Grenzen und resultirt daher auch nicht ein so steiler Abfall der Schleimhaut von der Kuppe des Wulstes gegen die centrale Figur zu. Das durch letztere angedeutete

[1]) Dieses und ebenso auch die im Folgenden beschriebenen endoskopischen Bilder des Lumens der Harnröhre werden durch die Angaben der Anatomen über die Durchschnitte der Harnröhre am Cadaver bestätigt.

L u m e n der Harnröhre, das bereits bei dem früher genannten Uebergangsbilde seine perpendiculäre Verlaufsrichtung verloren hatte, zeigt nun einen mehr minder scharf ausgesprochenen horizontalen Stand. Diese centrale Figur ist entweder als ein deutliches 3—4 Mm. langes und 2 Mm. breites Grübchen entwickelt, oder nur punktförmig angedeutet. Die Schleimhaut selbst zeigt, wenn auch feine, so doch deutlich wahrnehmbare Falten, die radiär angeordnet, vom Tubusrande aus über die Kuppe des erwähnten Wulstes gegen die centrale Figur hin zustreben. Diese Feinhaltung der Schleimhaut ist auch die Ursache, dass der hier horizontal gestellte oblonge oder ausgesprochen kreisförmige Lichtreflex nicht geschlossen, sondern als aus zahlreichen minimalen, stippchenförmigen Reflexen zusammengesetzt erscheint. Die Farbe der Schleimhaut variirt innerhalb enger Grenzen — vom dunkelroth zum hellroth; letztere bei Besichtigung der Schleimhaut durch einen kurzen Tubus (Bild Nr. 13).

In den Bildern Nr. 11, 12 und 13 der beigegebenen Tafeln sind die genannten Erscheinungen zur Darstellung gebracht. Bild Nr. 11 ist jenem Abschnitte der Harnröhre entnommen, der ihrem Durchtritte durch das Ligamentum suspens. penis entspricht. Man findet hier wohl schon dieselben Eigenthümlichkeiten der Schleimhautwulstung und der centralen Figur wie im Bilde 12 und 13; nur ist erstere noch nicht so regelmässig und letztere minder scharf in der horizontalen verlaufend — sie zeigt vielmehr eine Angelform.

Fragt man sich auch hier nach der anatomischen Erklärung der beschriebenen endoskopischen Typen, so dürfte meiner Ansicht nach das Moment der Schwere der Corp. cavern. penis in ihrer Einwirkung auf die daselbst gleichmässig weite, cylindrische Harnröhre uns vielleicht dieselbe hiefür abgeben. Ich schliesse dies daraus, dass, untersucht man diese Strecke der Harnröhre bei naturgemäss nach oben gelagerten Corp. cavern. penis, die centrale Figur den angedeuteten rein horizontalen Verlauf zeigt. Torquirt man jedoch, wie ich früher angegeben habe und wie ich es gewöhnlich zu thun pflege, das Glied schief um seine Längsaxe, so kann man den erwähnten Einfluss der Schwere der Corp. cavernosa penis auf die Harnröhre hieran erkennen, dass die centrale Figur

nun nicht mehr streng horizontal verläuft, sondern einen sichelförmigen, mit der Convexität nach abwärts gerichteten Contour zeigt.

Dieselben Bemerkungen, die ich über die praktische Verwendbarkeit der endoskopischen Bilder der Pars prostatica und membranacea machte, gelten auch für das soeben beschriebene Bild. Die reichliche Faltenbildung daselbst wird es in vielen Fällen vielleicht selbst einem geübten Untersucher nicht gestatten, feinere pathologische Veränderungen der Schleimhaut zu erkennen. Aus diesem Grunde pflege ich bei Untersuchung der Schleimhaut der Pars pendula die rechte und die linke Harnröhrenwand gesondert in zwei Sitzungen vorzunehmen, indem ich mir die seitliche Ansicht der Harnröhrenschleimhaut verschaffe. Bild Nr. 14 stellt eine solche dar. Bei natürlicherweise fehlendem Lumen der Harnröhre drängt sich die in ihrer Continuität besehene Schleimhaut gleichmässig gegen das Tubusinnere ein; sie stellt so einen Kegel dar, der an seiner stumpfen Spitze von einer flächenartig ausgebreiteten, unregelmässig begrenzten Reflexgruppe besetzt ist. Die Schleimhaut zeigt keine Falten, sondern erhebt sich, glatt ausgespannt, vom Tubusrande gegen den Lichtkegel zu. Diese Art der Untersuchung ist jedoch auch keine absolut gute, da das Absuchen der betreffenden Schleimhaut, ich möchte sagen Quadratcentimeter um Quadratcentimeter sehr mühsam ist und Schleimhautpartien hiebei leicht übergangen werden können. Es würden sich somit auch für diese Harnröhrenpartie einschlägige Versuche mit blätterigen Endoskopen empfehlen und vielleicht günstige Resultate erzielen.

d) In der Fossa navicularis zeigt die endoskopisch besehene Schleimhaut ein von dem früheren etwas differirendes Bild. Die Faltung der Schleimhaut ist wohl auch hier eine mehr minder auffällige, das Lumen der Harnröhre präsentirt sich jedoch als ein verticaler Spalt, der zugleich auch mehr klafft, als in dem übrigen Abschnitte der Pars cavernosa urethrae. Hiedurch erleidet natürlicherweise auch die Stellung des Lichtreflexes eine Abänderung, derselbe steht dem Tubusrande näher und ist sagittal gestellt.

Bevor ich mit den endoskopischen Befunden einer normalen Harnröhre abschliesse, will ich noch die Beschreibung der auch unter normalen Verhältnissen endoskopisch wahrnehmbaren Lacunae Morgagni beifügen.



Diese Ausbuchtungen der Harnröhrenschleimhaut, die entweder vollkommen blind endigen oder zuweilen auch die Ausführungsgänge der kleinen acinösen Drüsen aufnehmen, finden sich ziemlich zahlreich längs der Schleimhaut der Pars cavernosa und ist bekanntermassen der Eingang in dieselben von kleinen Klappen verdeckt oder von zarten Schleimhautsäumen eingefasst. Diese letzteren sind es, die endoskopisch zur Wahrnehmung gelangen. Man bemerkt nämlich, bei seitlicher Einstellung der Harnröhrenschleimhaut in der Pars cavernosa, mitunter sehr zart entwickelte, elliptische oder halbmondförmige Lichtreflexsäumchen und vor diesen einen, ich möchte sagen feinen Abschliff (Facettirung) der Schleimhaut, der uns den Zugang zu einer solchen Tasche andeutet.

B. Pathologische Befunde.

Wie bereits Eingangs erwähnt, kann diese Skizze keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, da ich derzeit noch nicht in der Lage bin, das fragliche Capitel auch nur halbwegs erschöpfend zu behandeln. Diese Beschränkung gilt selbstverständlicherweise noch mehr für die Mittheilung der endoskopischen Befunde der Harnröhre unter anomalen Verhältnissen. So hatte ich bis heute zu noch keine Gelegenheit, eine erkrankte Blasenschleimhaut oder Concremente im Blasenraume zu beobachten; ebenso vermag ich auch nicht, über endoskopisch nachweisbare pathologische Veränderungen der Schleimhaut der Pars prostatica und membranacea mich auszusprechen. Die nun zu erörternden Schleimhauterkrankungen kamen mir blos in der Pars cavernosa zur Beobachtung und hier wiederum war es die Pars bulbosa urethrae, die aus den früher angeführten Gründen die daselbst etablirten pathologischen Veränderungen mir am deutlichsten zur Wahrnehmung kommen liess.

Für die nun mitzutheilenden Befunde gaben mir blos die Krankheitsgruppen „chronischer Tripper“ und „Harnröhrenstricturen“ das betreffende Substrat ab. Bei den Tripperkranken betrug die kürzeste Krankheitsdauer 3—4 Monate, in den meisten Fällen jedoch hatte derselbe Jahre lang bestanden. Bei den einzelnen



Kranken manifestirte sich der Process entweder nur durch das Vorhandensein der sogenannten Tripperfäden oder gleichzeitig durch einen constanten oder zeitweise recidivirenden chronischen Ausfluss aus der Harnröhre.

Meine bisherigen Erfahrungen ermöglichten mir bis nun zu die endoskopische Diagnose folgender anatomischer Veränderungen beim chronischen Tripper.

1. Diffuse und circumscripte Infiltration der Schleimhaut (chronischer Katarrh — Urethritis papillaris). Vor Allem bedarf es wohl einer näheren Erklärung der hier gewählten Krankheitsbezeichnungen, da diese von der Nomenclatur desselben Processes bei anderen endoskopischen Autoren abweichen. Diese Bezeichnung soll nach dem Vorgange Tarnowsky's jene Erkrankung der Harnröhrenschleimhaut charakterisiren, für die der genannte Autor analog den Augenärzten bei der gleichen Erkrankung der Conjunctiva den Ausdruck Papillargranulationen (Trachoma papillare) in Anwendung zieht. Dr. Grünfeld wählt die mehr summarische Bezeichnung „Urethritis granulosa." Auch ich glaubte mit derselben mein Auskommen zu finden, sah mich jedoch aus später zu erörternden Gründen erst in der letzteren Zeit veranlasst, die Urethritis papillaris von der Urethritis granulosa zu sondern.

Ich muss jedoch noch weiterhin bemerken, dass solche als Urethritis papillaris bezeichnete pathologische Veränderungen der Harnröhrenschleimhaut sich durchaus nicht so auffällig dem Untersuchenden präsentiren, wie dies häufig, ja zumeist beim Trachoma conj. papill. der Fall ist. Dieselben sind hier selten massiger entwickelt, halten sich vielmehr innerhalb bescheidener Grenzen. Und doch finde ich mich bestimmt diesen Ausdruck zu wählen, scheint mir die Wahl dieser, wenn vielleicht auch hyperbolischen, so doch, ich möchte sagen sinnfälligen Bezeichnung dieses Zustandes nicht allein opportun, sondern sogar geboten, da man sonst blos über den Collectivnamen „chronischer Tripper" gebieten könnte.

Kurz zusammengefasst fallen in diese Bezeichnung jene pathologischen Veränderungen der Schleimhaut, für die der Ophthalmologe nach länger bestandenen Katarrhen den Ausdruck „Schwellung und Lockerung der Schleimhaut" wählt bis zu jenen hypertrophi-



schen Gewebsalterationen, für die in analogen Fällen in der Augenheilkunde die Diagnose „Trachoma papillare“ besteht.

Die genannte Erkrankung kann selbstverständlicherweise entweder auf grössere Strecken ausgedehnt sein oder herdweise auftreten; da zusammenhängende Herderkrankungen eine diffuse Erkrankung geben, so werde ich im Folgenden das endoskopische Bild einer umschriebenen chronischen Schwellung (Trachoma papillare) der Schleimhaut, u. zw. aus der Pars bulbosa beschreiben.

Zur besseren Veranschaulichung dieses charakteristischen endoskopischen Bildes erscheint es zweckdienlich, das Bild einer gesunden Harnröhrenschleimhaut (Bild Nr. 7) dem einer erkrankten gegenüber zu stellen (Bild Nr. 15).

Im Kurzen wiederholt fanden wir bei ersterem Bilde als charakteristische Erscheinungen: eine schöne, hohe Einwölbung der Schleimhaut in das Tubuslumen, einen oblongen Contour der schmalen Kuppe dieses Wulstes, dem entsprechend einen zarten, schmalen, ebenfalls ellipsoidischen, geschlossenen Lichtreflexsaum und ausgesprochen steilen Abfall der Schleimhaut von da an gegen die Tiefe zu, die ein medialer Spalt einnimmt. Bei einigermassen festerem Andrücken des Tubus entweder vollständig fehlende oder doch nur eine minimale Faltung der Schleimhaut, anscheinende Transparenz derselben.

Unter den bezeichneten anomalen Verhältnissen (Urethritis papillaris) erleidet dieses Bild folgende Abänderungen.

Die Schleimhaut wölbt sich minder auffallend in das Tubuslumen ein; in Folge dessen ist die Kuppe des Wulstes weiter vom untersuchenden Auge entfernt und zeigt sie bei breiterer Schneide auch eine geringere Höhe als im früheren Bilde. Der Abfall der Schleimhaut von da an gegen das Centrum hin ist minder steil, misst jedoch mehr. Der centrale Spalt beobachtet im Grossen und Ganzen seine mediale Stellung, sowie seinen unverzweigten Verlauf oder wird nur minimal durch die hier wahrnehmbare radiäre Faltung der Schleimhaut beeinflusst. Eine solche findet sich nämlich hier, im Gegensatze zum früheren Bilde, wenn auch in den einzelnen Fällen mehr oder minder ausgesprochen, so doch stets deutlich wahrnehmbar. Mehr oder weniger auffallende Falten und Fältchen erheben sich vom Tubus-



rande her gegen die Trichterkuppe, um gegen die centrale Figur hin sich einzusenken.

Durch diese veränderten Verhältnisse, d. i. die breitere Kuppe des Trichters und ferner durch die angedeutete Faltung der sich hier minder auffällig in das Tubusinnere einwölbenden Schleimhaut wird die Stellung sowie der Charakter des Lichtreflexsaumes wesentlich beeinflusst. Er ist breiter, von rundem Contour (nicht mehr oblong), durch minimale Unterbrechungen getheilt (nicht geschlossen), weiter ab vom Spalte, näher zum Tubusrande.

Die Schleimhaut selbst erscheint geschwellt, dunkler gefärbt (rothbraun); das früher beschriebene Phänomen der Transparenz der oberflächlichen Schleimhautschichte ist nicht mehr wahrnehmbar. Sieht man genauer zu, so kann man auf der, wie erwähnt, feinfaltigen Schleimhaut minimale Niveaudifferenzen positiven Charakters wahrnehmen, die bei stärkerer Entwicklung dem Bilde die Aehnlichkeit mit einer an Trachoma papillare erkrankten Conjunctiva geben, und die man dann eventuell auch so bezeichnen kann. Diese mitunter kaum sichtbaren, für ein ungeübtes Auge durchaus nicht sinnfälligen Niveaudifferenzen nehmen auch auf die angedeutete Erscheinung der gleichsam zerworfenen Lichtreflexe Einfluss — sie erklären uns mit den Niveaudifferenzen gröberer Art id est der pathologischen Faltung der Schleimhaut deren zerstobene Anreihung. Zu erwähnen ist noch, dass sich ausser den genannten Veränderungen auch die später zu beschreibenden Erosionen (seichte Epithelverluste) auf der Schleimhaut vorfinden können. Diese sind es dann, die mit der angedeuteten Schwellung der Schleimhaut, den Timbre der Lichtreflexe bestimmen: dieselben erscheinen nun minder hell, ich möchte sagen, nicht so trocken glänzend, wie unter normalen Verhältnissen.

Dies wären somit die Erscheinungen, wie sie sich mir sehr häufig, mehr oder minder auffallend, bei länger bestandener Blennorrhöe der Harnröhre präsentirten, für die Dr. Grünfeld die Bezeichnung „Urethritis granulosa“ wählt, denen ich jedoch nach dem Vorgange Tarnowsky's den Namen „Urethritis papillaris“ beilegen möchte. Selbstverständlicherweise lassen sich bei diesem Processe innerhalb der angegebenen Grenzen, wenn auch nicht



besonders auffällige, so doch wahrnehmbare Unterschiede seiner Intensität nachweisen; vom exquisit ausgesprochenen bis zum fraglichen Falle, wodurch dann auch mehr oder minder die endoskopischen Erscheinungen alterirt werden.

Um all' das jetzt Gesagte besser zu illustriren, will ich noch der intermediären Bilder Erwähnung thun, deren man während der localen Behandlung der besagten Krankheitsherde als eines sichtbaren Zeichens der fortschreitenden Rückbildung des Krankheitsprocesses ansichtig werden kann. Aetzt man nämlich eine solche local erkrankte Partie, die sich, sagen wir z. B. auf 1 Ctm. weit in der Circumferenz der Pars bulbosa festgesetzt hat, mit einer je nach dem Bedarf starken Lapislösung zu wiederholten Malen, so kann man durch das Endoskop den Heilerfolg constatiren. Die Schleimhaut wird mit der Zeit minder succulent, deren Farbe minder saturirt roth, und man findet zuweilen, wie sich mitten in das kranke Gewebe Inseln gesunder Schleimhaut bereits einschieben, wodurch auf diesen, allerdings beschränkten Partien, die dem Gesunden mehr oder weniger sich nähernden Erscheinungen einer normalen Reflexbildung etc. sich markiren.

Der soeben beschriebene Krankheitsprocess einer circumscripten Schwellung der Schleimhaut kann sich meinen Erfahrungen zufolge in allen Partien der Pars cavernosa urethrae vorfinden. Am frappantesten beeinflusst derselbe das endoskopische Bild in der Pars bulbosa; denn hier bietet, wie erwähnt, die Untersuchung mit dem gewöhnlichen Tubus bei dessen axialer Einstellung nicht allein ein typisches, sondern zugleich auch für diagnostische Zwecke sehr gut verwendbares Bild. Minder günstig sind die Verhältnisse in der vorderen Partie. Doch gelang es mir auch hier, nach einiger Uebung, auf der seitlich eingestellten Schleimhaut circumscripte Herderkrankungen der oben bezeichneten Gattung zu erkennen (Bild Nr. 16). Mit Rücksicht auf die differente Art der Einstellung lassen sich auch hier die vom normalen Bilde abweichenden Erscheinungen, wie sie soeben für Bild Nr. 15 angegeben wurden, nachweisen.

2. Urethritis granulosa. Zur Aufstellung dieser so bezeichneten Krankheitsgruppe sah ich mich, wie erwähnt, erst in der allerletzten Zeit veranlasst, da mir ein Kranker zur Beobachtung kam, bei dessen endoskopischer Untersuchung die zur



Wahrnehmung gelangten pathologischen Veränderungen mich sofort an die trachomatösen Körner der Conjunctiva erinnerten. Ich zauderte daher auch nicht, diesen Process in dem vorliegenden Falle Trachoma granulosum zu nennen. Wenn vielleicht auch der morphologische Charakter dieser Krankheitsprodukte nicht vollkommen identisch ist mit jenem der Granulome auf der Conjunctiva, so wählte ich doch die genannte Bezeichnung aus dem einfachen Grunde, weil mir keine bessere und sinnfälligere bekannt ist.

Die endoskopischen Erscheinungen des in diesem Falle in der Pars bulbosa urethrae localisirten Krankheitsprocesses ergeben sich aus nachfolgender Krankheitsskizze.

Marineofficier A. Z. leidet seit ungefähr 2 Jahren an den Erscheinungen einer Harnröhrenstrictur, als deren ursächliches Moment der Kranke einen vor 6 Jahren bestandenen Harnröhrentripper bezeichnet. Neben einem zeitweise recidivirenden schleimig-eitrigen Ausfluss aus der Harnröhre, stellten sich angeblich im Verlauf der letzten zwei Jahre zu wiederholtenmalen Harnbeschwerden ein, die sich selbst bis zur Ischurie steigerten und dann die Application eines Katheters dringend forderten. Betreffs der bisher angewandten mannigfaltigen Heilversuche sei blos erwähnt, dass sich der Kranke vier Monate hindurch einer methodischen Bougiecur unterzog, die den Effect hatte, dass zum Schlusse der Behandlung eine Bougie franz. Nr. 20 die Harnröhre zu passiren vermochte. Der früher dünne Harnstrahl kehrte hiedurch fast zur Norm zurück, und ebenso wichen auch alle anderen Krankheitssymptome, so dass der Kranke sich vollkommen genesen wähnte. Zwei Wochen jedoch nach der sistirten Bougiecur traten die alten Krankheitserscheinungen wieder auf und kam selbst ein Anfall von Ischurie zur Beobachtung. Bald hierauf wurde ich vom Kranken consultirt und fand folgenden Status praesens: Zahlreiche Filamente im Harn, etwas schleimiges Secret aus der Harnröhre; dieselbe lässt eine Metallbougie franz. Nr. 19 passiren, jedoch nicht sofort noch glatt. Erst in einem warmen Wannenbade gelingt es, mit der Bougie in den Isthmus urethrae vorzudringen, unter der deutlichen Wahrnehmung eines Hindernisses am Uebergange der Pars bulbosa in die P. membranacea urethrae — die Bougie erscheint engagirt. — Endoskopisch (Steurer Nr. 19) besehen, findet man die Schleimhaut in der Pars bulbosa urethrae von allen Seiten her

sich unregelmässig einwulstend in das Tubusinnere. Auf der gleichmässig hellfleischrothen Schleimhaut erkennt man deutlich wahrnehmbare, zerstreut angeordnete, hanfkorn- bis stecknadelkopfgrosse, scharf umschriebene, breit aufsitzende Protuberancen. Ihr Schleimhautüberzug anscheinend intact und ihre Spitzen 'werden von punktförmigen hellen Lichtreflexen besetzt; der centrale Spalt unregelmässig zackig.

Diagnose: Granulome in der Pars bulbosa urethrae.

3. Katarrh der Lacunae Morgagni. Theils allein oder in Begleitung der bereits erörterten oder noch zu erwähnenden Krankheitsprocesse findet sich beim chronischen Harnröhrentripper nicht so selten und zumeist multipel eine katarrhalische Affection der Lac. Morgagni. Man findet dann an dem, unter normalen Verhältnissen durch einen zarten, oblongen Lichtreflex und durch eine schliffartige Abdellung der Schleimhaut charakterisirten Zugang zu einer solchen Tasche folgende Veränderungen:

Die Lacuna Morgagni ist als Grübchen deutlich entwickelt, zumeist von rundem Contour, stecknadelkopfgross, braunschwarz verfärbt. Die Schleimhaut senkt sich daselbst, allerdings minimal, aber doch kenntlich, mit oder ohne feine Faltenbildung gegen den Zugang einer solchen Tasche ein. Bei centraler Einstellung einer solchen Lacuna Morgagni wird die charakteristische Einsenkung der Schleimhaut gegen die Tasche zu dadurch besonders sinnfällig, dass die dahin gerichteten Lichtreflexe nur die Peripherie occupiren, das Centrum jedoch, d. i. den Zugang zur Lacuna Morgagni frei lassen [1]).

Zuweilen zeigt der früher als ein stecknadelkopfgrosses, braunes Pünktchen beschriebene Zugang zu einer solchen Tasche eine differente, ovale, halbelliptische oder eine andere Configuration, was durch Verhältnisse bedingt ist, deren später Erwähnung geschehen soll. Ueber die Richtigkeit der Deutung dieser Produkte in den beiden Fällen als katarrhalisch entzündete Lacuna Morgagni kann man sich leicht, wie schon Dr. Grünfeld angegeben,

---

[1]) In Ermangelung einer diesbezüglichen Abbildung in der diesem Aufsatze beigegebenen Tafel verweise ich auf das von Dr. Grünfeld in seiner Arbeit über „Die Formen des Harnröhrentrippers etc." (Medic. Jahrbücher 4. Heft 1877, Tafel 23 Fig. 12) dargestellte Bild.

durch die Einführung einer feinen Fischbeinsonde oder Schweinsborste die Ueberzeugung verschaffen.

4. Erosionen — Ulcerationen. Im Gegensatze zu Dr. Grünfeld's Angaben muss ich auf Grund meiner Erfahrungen dieser pathologischen Produkte als eines u. zw. nicht so seltenen Befundes bei chronischem Harnröhrentripper hier ausdrücklich Erwähnung thun. In vielen Fällen von chronischer Urethritis fand ich theils als alleinigen Befund, theils in Begleitung anderer Gewebsalterationen der Schleimhaut in deren Verlauf (Pars cavernosa) mehr minder zahlreiche, theils seichte, theils tiefergreifende Substanzverluste. Die Berechtigung zu dieser Deutung gaben mir folgende endoskopische Erscheinungen. Besichtigt man, sagen wir z. B. die obere Harnröhrenwand, so präsentirt sich bei Vorhandensein solcher Substanzverluste, während einer langsamen Extraction des Tubus ein tiefbraunrother Streifen von verschiedener Länge. Stellt man sich diesen bei seitlicher Ansicht der Schleimhaut in das Centrum des Tubus ein und richtet man direct auf denselben die Lichtreflexe, so zeigt sich ganz auffällig, dass dieselben blos die an den Substanzverlust angrenzende gesunde Schleimhaut besetzen, dessen Grund jedoch vom Lichtkegel nicht getroffen wird, sondern deutlich dunkelbraun erscheint. So kann man aus dem Bilde Nr. 18 deutlich ersehen, wie den hier ungefähr 4 Mm. langen und $1^1/_2$ Mm. breiten Substanzverlust, entsprechend seinem Contour ein oblonger, geschlossener Lichtreflex am Rande einfasst; der letztere setzt sowohl bei den Erosionen wie bei den Ulcerationen, scharf vom gesunden Gewebe ab. Sowohl die Längen-, wie auch die Tiefendimensionen solcher Substanzverluste variiren sehr, und macht derselbe den Eindruck entweder eines feinen Abschliffes oder einer tiefer greifenden Läsion, d. i. einer Erosion oder einer Ulceration.

Die Unterscheidung dieser beiden letzteren gestatten nicht allein die differenten Tiefendimensionen, sondern scheinen mir ausgesprochene Ulcerationen auch gewöhnlich einen runden Contour zu besitzen, so dass sie den Charakter lochförmiger Aushöhlungen erhalten. Mitunter sind bei solchen Ulcerationen die Tiefendimensionen so beträchtlich, bis zu 3—4 Mm. messend, dass es selbst bei seitlicher Einstellung derselben nicht gelingt, deren Basis zu beleuchten.



Die Erosionen sind zumeist longitudinal gelagert, selten transversal. Sie finden sich, wie erwähnt, entweder als alleiniges Krankheitsprodukt oder sind mit anderen pathologischen Veränderungen der Schleimhaut vergesellschaftet. So ist im Bilde Nr. 17 ersichtlich gemacht, wie eine central eingestellte Erosion von einer bandartigen papillären Schwellung der Schleimhaut umgeben ist. Zuweilen auch lässt sich nachweisen, dass solche Erosionen den Zugang zu einer Lacuna Morgagni eingenommen haben; eine in diesem Falle eingeführte Sonde verschafft uns dann die Gewissheit über das Vorhandensein der Tasche.

Die beschriebenen Ulcerationen dürften sich wohl kaum als alleiniges pathogenetisches Moment eines simplen Harnröhrentrippers ohne eine substantive Erkrankung der Schleimhaut vorfinden. Ich hatte bisher nur bei bestandenen Harnröhrenstricturen Gelegenheit solche tiefer greifende Substanzverluste zu beobachten. Doch fand ich solche auffallende Ulcerationen nicht allein im retrostricturalen Theil der Harnröhre, sondern auch vor der Verengerung. Ferner gestatten mir meine Erfahrungen, differirend mit der Ansicht des Dr. Grünfeld, mich dahin auszusprechen, dass solche Ulcerationen nicht lediglich Substanzverluste der Schleimhaut darstellen, die durch Katheterismen entstanden sind, sondern vielmehr, wie Dittel [1]) hervorhebt, eine katarrhalische Erkrankung der Drüsenausführungsgänge mit nachfolgender sinusartiger Erweiterung derselben darstellen dürften. Denn ich beobachtete solche u. zw. auffällige Ulcerationen im prästricturalen Theile der Harnröhre bei einem Kranken, dem nie zuvor ein Katheter applicirt worden war.

5. In einigen Fällen fand ich auf der Harnröhrenschleimhaut (auch unter normalen Verhältnissen) blauschwarze Punkte von rundem Contour und etwa Stecknadelkopfgrösse, die die Lichtreflexe gut aufnahmen, somit im Niveau der übrigen Schleimhaut sich befanden. Durch das somit erwiesene Vorhandensein des oberflächlichen Schleimhautstratums unterschieden sich mir diese Maculae, abgesehen von deren verschiedener Färbung deutlich von der früher angeführten Erkrankung der Lacunae Morgagni

[1]) Handbuch der allg. u. spec. Chirurgie von Pitha und Billroth. III. B. II. Abth. VI. L. pag. 82.

und den Erosionen. Ich halte diese Produkte für circumscripte Blutungen in und unter die Schleimhaut, die zu Folge ihrer Färbung den Farbenwechsel des coagulirten Blutes anzudeuten schienen.

Bild Nr. 19 veranschaulicht einen solchen Befund; der daselbst das schwarzblaue Centrum umgebende braunrothe Hof machte mir den Eindruck einer circumscripten papillären Schwellung der Schleimhaut.

II. Stricturen der Harnröhre.

Die Befunde bei dieser Erkrankungsform sind selbstverständlicherweise mannigfach und wechselnd, sie variiren je nach dem Sitze, der Art, dem Alter etc., der Strictur und je nach der Einstellung des Tubus.

Stellt man sich eine so callös entartete Harnröhrenschleimhaut seitlich ein, so erscheint dieselbe (Bild Nr. 20) deutlich bläulichweiss bis sehnenartig verfärbt. Auffallend rigid wölbt sie sich in das Tubusinnere nicht hinein, sondern präsentirt sich vielmehr ohne die geringste wahrnehmbare Faltung straff gespannt, wie eine herabhängende Coulisse. Macht man nun mit dem Tubus kleine Excursionen, um denselben genau axial einzustellen, so wird man der gleichfalls veränderten centralen Figur gewahr (Bild Nr. 21). Die, wie früher beschrieben, veränderte Harnröhrenschleimhaut setzt mit scharfen Grenzen von der letzteren ab. Der Contour der centralen Figur erscheint zumeist unregelmässig zackig und auffällig klaffend. Die Lichtreflexe bedecken sowohl in diesem wie im früher erwähnten Falle, da die gesammte zur Ansicht gelangende Schleimhautpartie in einem Niveau liegt, dieselbe gleichmässig, allenthalben zerstreut. Ist man mit dem Tubusende bis nahe an die Grenze des kranken gegen das gesunde Gewebe hin vorgerückt, so kann man, wie dies auch noch am Bilde Nr. 21 ersichtlich ist, im Grunde der centralen Figur die rothe Farbe der gesunden Schleimhaut hervorschimmern sehen.

Bei einer allmäligen Extraction des Tubus wird man in manchen Fällen (von knotigen callösen Stricturen) zu einem Abschnitte gelangen, wo zwischen dem callösen Gewebe sich Inseln gesunder Schleimhaut vorfinden. In einem solchen Falle zeigt das

endoskopische Bild die früher beschriebenen, genau wahrnehmbaren differenten Charaktere einer gesunden und kranken Schleimhaut (Bild Nr. 22).

Ist man bei der weiteren Extraction an der vorderen Grenze der Strictur angelangt, so kann sich das Bild Nr. 23 präsentiren. Man ersieht aus demselben, wie sich die gesunde Schleimhaut vom Tubusrande her einwölbt, nahe dem Centrum, entsprechend deren Kuppe einen kreisförmigen Lichtreflex trägt, um dann von oben her in das nach rückwärts drängende callöse Gewebe, von unten her in die centrale Figur überzugehen.

Eine gesunde und bindegewebig entartete Harnröhrenschleimhaut gibt sich auch noch einer indirecten Betastung different zu erkennen; erstere findet der Tamponträger bei der Berührung weich und tractabel, letztere resistent und unnachgiebig.

Einen bereits von anderen, namentlich aber von Dittel und Grünfeld hervorgehobenen Vortheil gewährt uns die Endoskopie bei Harnröhrenstricturen durch das mitunter nur auf diesem Wege gelingende Entriren derselben. Ich machte zu diesem Zwecke in zwei Fällen vom Endoskope Gebrauch, das eine Mal mit absolutem Erfolge, im anderen Falle war derselbe minder sicher.

Der erste Fall betraf einen Kranken, der, seit mehreren Jahren mit einer am Uebergange der P. bulbosa in den Isthmus urethrae sitzenden Strictur behaftet, durch die allerdings nicht methodisch gehandhabten Bougieeinführungen temporär einen nur vorübergehenden Erfolg erzielte. Als der Kranke mir zur Beobachtung kam, vermochte derselbe, wiewohl mit seiner Strictur genau vertraut, eine Darmsaite mittleren Calibers nicht mehr einzuführen; auch meine und anderer Einführungsversuche blieben resultatlos.

Durch das Endoskop besehen präsentirte sich mir folgendes Bild. Die dunkelrothe Schleimhaut erhob sich geschwellt, faltenreich vom Tubusrande her, um im rechten unteren Quadranten des Bildes in die unregelmässig verzogene, etwa stecknadelkopfgrosse centrale Figur überzugehen. In deren nächstem Umkreise fanden sich auffälliger entwickelte Papillargranulationen, die zumeist die Unregelmässigkeit der Spaltbildung verursachten. Trotz vieler Mühe gelang es mir nie das Entrée der Strictur central einzustellen, wohl aber jederzeit unter Controle des Auges eine Darmsaite in dasselbe einzuführen. Nach wiederholten derartigen Untersuchungen entschloss



sich der behandelnde Arzt die Urethrotomia interna auszuführen, zu welchem Zwecke ich vordem und zwar eben so sicher wie früher die Darmsaiten, nun die Bougie filiforme (Maisonneuve) einführte.

Im anderen erwähnten Falle hatte die bindegewebige Entartung fast die ganze untere Schleimhauthälfte der Pars cavernosa bis zum Ithmus hin ergriffen. Die Einführung, selbst mittelgradiger Bougien, hatte bis zum Bulbus urethrae keinen Anstand, von da an jedoch vermochte keine Darmsaite den Weg weiterzufinden. Und auch bei der zwölfmal stattgehabten endoskopischen Untersuchung konnte eine Darmseite nur zweimal durch das verzogene, von callösem Gewebe umgebene Entrée hindurch die Harnröhre passiren.

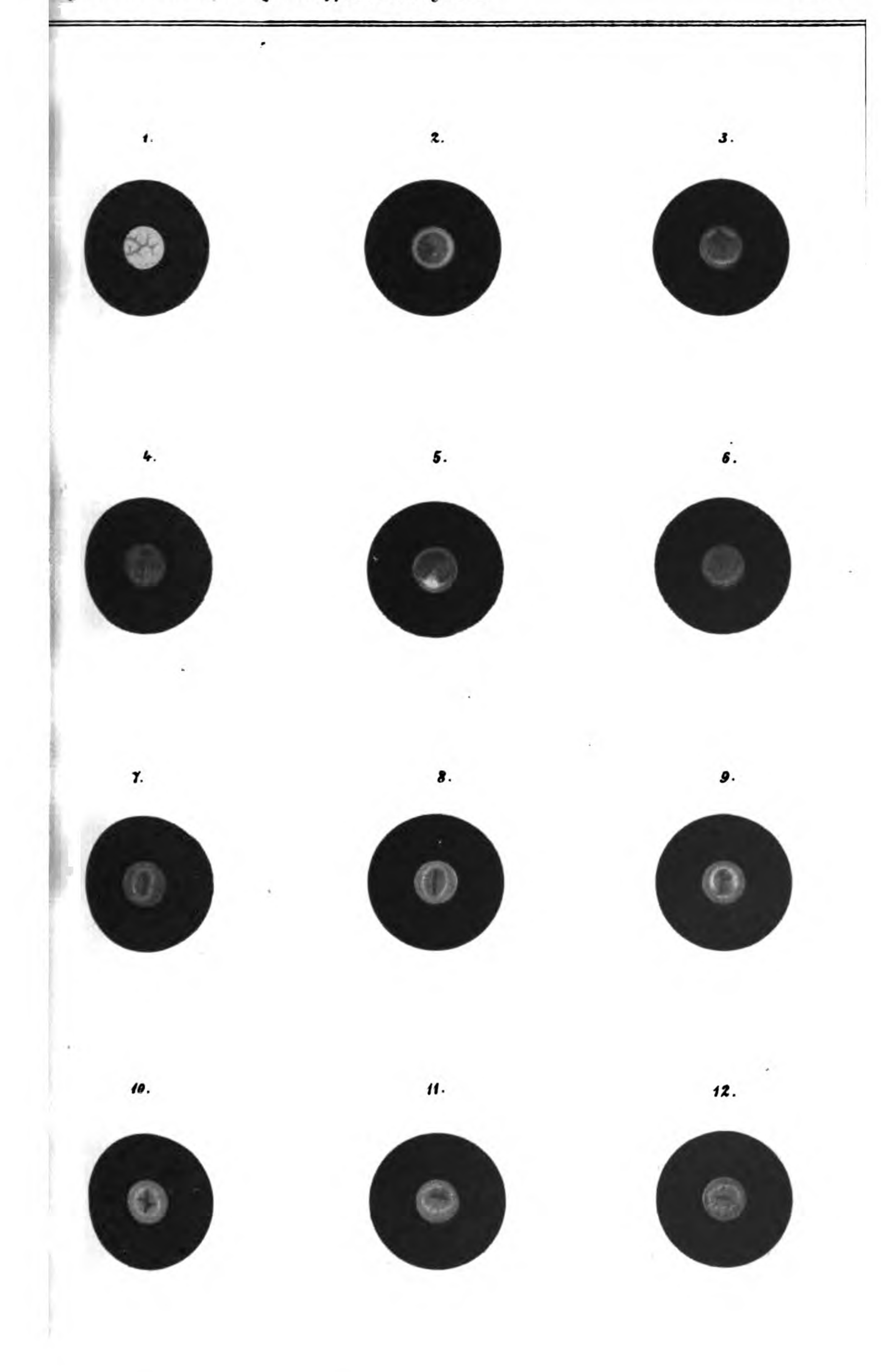
Anbetrachts dieser zwei Fälle und insoweit ich die endoskopischen Verhältnisse überhaupt kenne, könnte ich mich über den Werth dieses Untersuchungsbehelfes zum Zwecke des Entrirens von Stricturen dahin aussprechen, dass exceptionelle Fälle ausgenommen, das Endoskop ganz Positives und Brauchbares zu leisten vermag.

Indem ich nun diese fragmentarische Skizze abschliesse, möchte ich, wie eingangs, so wiederum auch jetzt hervorheben, dass zumeist die Ungunst meiner äusseren Verhältnisse hieran Schuld trägt, wenn sich dem geneigten Leser dieser Zeilen vielleicht so manche Lücke fühlbar macht. Hat derselbe jedoch mit mir die Ueberzeugung gewonnen, dass das Urethroskop Vieles und Werthvolles zu leisten vermag, wäre es mir sonach gelungen, auch in weiteren Kreisen dem Fache der Endoskopie die berechtigte Anerkennung zu verschaffen, so stelle ich mich vorderhand mit diesem Erfolge zufrieden.

Zum Schlusse benütze ich noch diese günstige Gelegenheit, um für die Munificenz, mit der Herr Oberstabsarzt Dr. Bartl, Leiter des Garnisonsspitales Nr. 1 in Wien und Herr Prof. Dr. Reder, Chef der I. Abtheilung dieses Spitales, mir das betreffende Krankenmateriale zur Verfügung stellten, sowie diese meine Arbeit in jeder Beziehung zu fördern suchten — meinen wärmsten Dank auszusprechen. Ebenso fühle ich mich verpflichtet Hrn. Prof. Auspitz gegenüber, für seine wahrhaft collegiale Unterstützung meiner endoskopischen Untersuchungen in der letzteren Zeit meines Aufenthaltes in Wien dem Gefühle der Dankbarkeit Ausdruck zu geben.

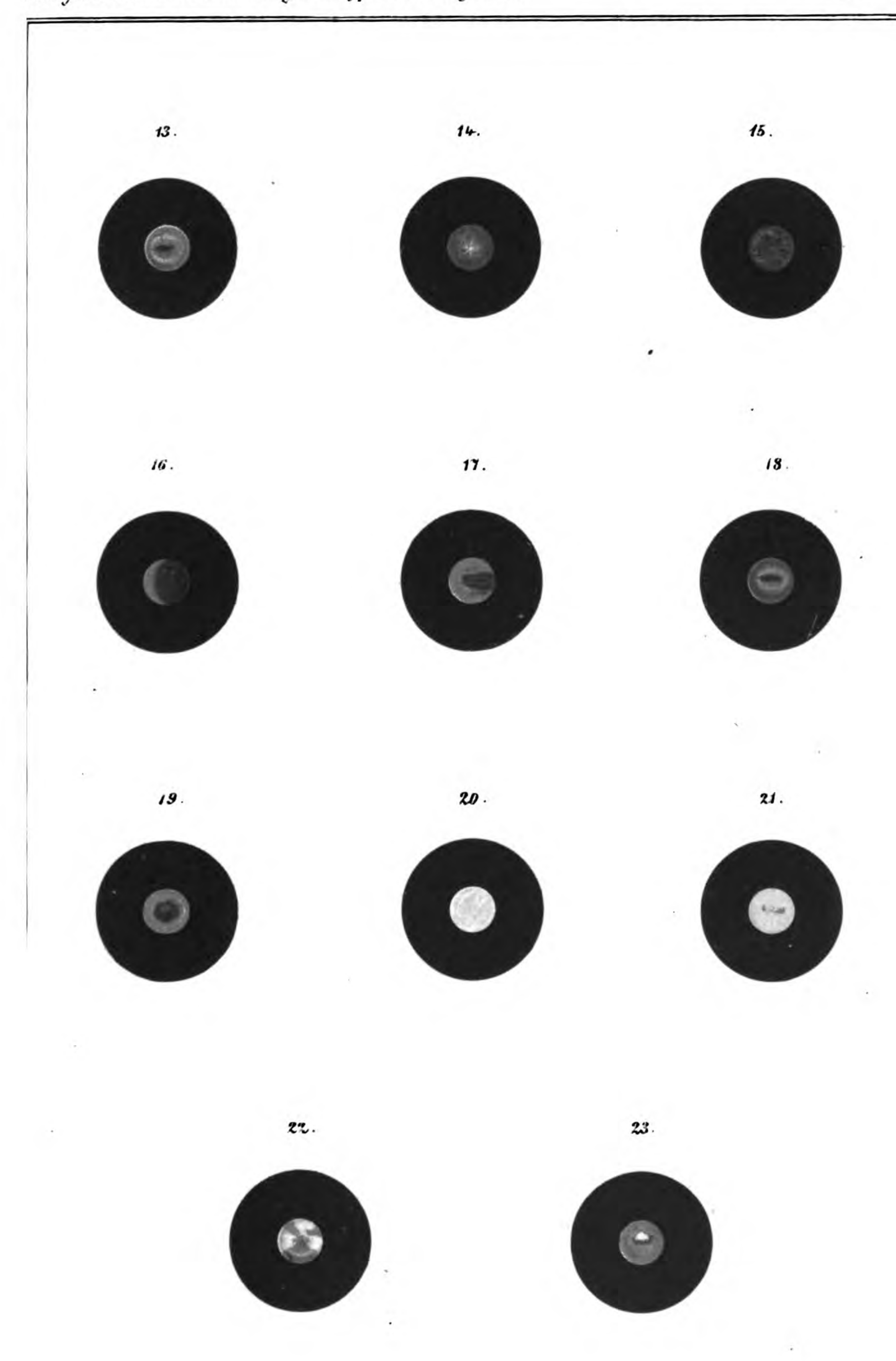
Zara im März 1878.





schirhakl Endoskopische Fragmente.

N. d. Nat. gem. v. Prof. Kartels



Endoskopische Fragmente.

N.d.Nat.gem.v.

Ueber eine seltenere Form der parasitären Sykosis und einige entzündliche Geschwülste.

Von

Prof. Eduard Lang

Vorstand der Klinik für Syphilis u. Hautkrankheiten an der Universität Innsbruck.

(Hierzu Tafel VII und VIII.)

Es ist eine nicht wegzuläugnende Thatsache, dass kaum eine Lehre sich so schwer Bahn gebrochen, als die über Sykosis parasitaria. Selbst in Frankreich, wo sie zuerst aufkeimte, sind viele Jahre verflossen, bis der von Gruby in einer Species der „Mentagra" vorgefundene Pilz (1842) zur Geltung gelangte. Erst im nächsten Decennium, als die überzeugenden klinischen Studien Bazin's den Beweis dafür lieferten, dass die Mentagra der Tinea tondens angehöre, fing man auch in diesem Lande an, die Anschauung zu adoptiren.

Bei uns in Deutschland hat die Lehre in Köbner ihren besten Vertreter gefunden. Obwohl jedoch dieser Autor dieselbe schon vor 16—17 Jahren zu verbreiten begonnen, und die Kenntniss der parasitären Sykosis durch historische, klinische, experimentelle und mikroskopische Studien zu fördern bemüht war, so begegnen wir über dieses Thema wohl recht guten Publicationen, aber doch nur über vereinzelte Fälle. Hebra und Kaposi sind zur Annahme der parasitären Sykosis erst in jüngster Zeit durch die Billroth'sche Klinik gelangt (Hautkrankheiten II. Th. S. 654).

Ebenso schwer ist es in England Mc'Call Anderson gelungen, der Krankheit zu einer allgemeinen Anerkennung zu verhelfen; und in Italien, der geschichtlichen Wiege der von Plinius als Mentagra bezeichneten ansteckenden Krankheit, hat, wie es scheint, erst Tanturri eine ausführliche Schilderung der Phytosykosis — wie er sie nennt — gegeben.



Und doch ist das typische Bild dieses Leidens so charakteristisch, dass es jeder Literaturkundige leicht erkennen muss.

Ich habe in dem ersten Falle, den ich in der Haller Irrenanstalt sah, sofort die Diagnose auf parasitäre Sykosis stellen können, obwohl ich die Krankheit nur aus Köbner's Arbeiten kannte. Worin ist es nun gelegen, dass die parasitäre Sykosis so lange Zeit hindurch auch erfahrungsreichen Fachgenossen unerkannt geblieben ist?

Ausser der von Köbner, Tilbury Fox und Anderen vertretenen Annahme, dass die parasitäre Sykosis in Frankreich beispielsweise häufiger vorkomme, als in anderen Ländern, wo wieder die idiopathische Folliculitis in überwiegender Mehrzahl auftauche, dürfte für die Lehre gewiss auch die Ueberstürzung schädlich gewesen sein, welche in Frankreich nach dem Bekanntwerden des Mentagrophyton sich darin geltend machte, dass man ausser einer parasitären Sykosis eine andere gar nicht zuliess. Der Keim des Misstrauens gegen die ganze Doctrin, der in Besonneneren durch ein solches Vorgehen gelegt wurde, schien sogar noch mehr Wurzel gefasst zu haben, als man in der Folge Bazin selbst bemüssigt sah, der idiopathischen Sykosis neuerdings (wenn auch nur in beschränkter Weise) Berechtigung einzuräumen.

Ich möchte aber auch noch darauf aufmerksam machen, dass, da diese Krankheit voraussichtlich geradeso wie andere Hautmykosen unter gewissen Umständen auch ohne Therapie heilen dürfte, dieselbe aus diesem Grunde der ärztlichen Beobachtung ein und das andere Mal entrückt werden mag; und dass, wenn sie zur Beobachtung gelangt, sie in einzelnen Fällen unter einem Bilde erscheinen kann, das an parasitäre Sykosis gar nicht denken lässt.

Dieser letztere Umstand ist aber gewiss nicht zu den unwichtigeren zu zählen, wenn man bedenkt, dass es ja zunächst klinische Symptome sein müssen, die den Fachmann aufzufordern haben, nach Pilzen zu suchen.

Das Instructive meiner jüngsten Beobachtung wird sich aus den Mittheilungen von selbst ergeben.

Am 10. Februar 1878 liess sich ein mittelgrosser, schwächlich constituirter Mann von 33 Jahren aufnehmen, der mit zwei Geschwülsten an der Unterlippe und einer am Kinne behaftet war. Die



grösste war oval, hatte die Grösse einer Kastanie weit überschritten, begann unter dem linken Mundwinkel und richtete sich mit ihrem Längsdurchmesser schräg medial abwärts. An ihrem inneren Rande und unmittelbar unter der Mitte des Lippenroths sass eine zweite von Bohnengrösse; die dritte kreisrunde hatte den Umfang eines Pfennigs und befand sich an der rechten Kinnhälfte, von den beiden früheren durch gesundes Hautgewebe getrennt. Alle drei Geschwülste waren über das Niveau des Gesunden prominirend — die grösste um $^1/_2$ bis $^3/_4$ Ctm., die kleinere etwas weniger — von der Umgebung durch steil ansteigende Ränder abgesetzt; die freie Oberfläche, die bei beiden ersteren gegen ihre Mitte hin vorgewölbt erschien, war bei allen mit einem dünnen, schwer abhebbaren Krustchen bedeckt. Die überragenden Partien der Geschwülste gaben beim Betasten das Gefühl einer eigenthümlichen Weichheit — als hätte man einen mit einer breiartigen Masse imprägnirten Schwamm unter den Fingern. Die Geschwülste wurzelten in einer derben, die ganze Dicke der Haut betreffenden Infiltration; bei der grössten erstreckte sich dieselbe sogar bis nahe vor die Schleimhaut, welch' letztere jedoch ein vollkommen normales Aussehen und Anfühlen darbot. Ebenso wie die Schleimhaut erschien auch das Lippenroth, bis wohin ja zwei der Geschwülste vorgerückt waren, vollkommen intact. Am Unterkieferrande waren infiltrirte Lymphdrüsen. Von der Mundhöhle aus liess sich unter der Schleimhaut, entsprechend der äusseren Hälfte der grossen Geschwulst, ein drehrunder Strang (entzündetes Lymphgefäss) eine Strecke weit verfolgen.

Bei der Untersuchung des übrigen Körpers fand sich nichts vor, das über die Natur der Geschwülste Andeutung geboten hätte; nirgends an der Haut waren schuppende, pigmentirte oder narbenartig veränderte Stellen zu eruiren.

Abgesehen von der Entstellung verursachten die Geschwülste keine besonders unangenehmen Empfindungen. Nur das rasche Wachsthum beängstigte den Patienten; denn noch vor zwölf Tagen war seine Gesichtshaut vollkommen rein. Zu dieser Zeit bemerkte er an der Unterlippe, da wo jetzt die grosse Geschwulst sitzt, eine sich schilfernde Stelle, der er weiter keine Aufmerksamkeit schenkte, weil solche Schuppenbildungen bei ihm schon zu wiederholten Malen aufgetreten waren und immer wieder von selbst abheilten. Diesmal aber empfand er heftiges Jucken, das ihn zu energischem Kratzen



aufforderte. Die Stelle bedeckte sich bald mit Krusten, unter denen der Kranke nach Abheben mit einer Nadel eine eitrige Fläche wahrnahm. Nach wenigen Tagen war hier schon ein bedeutender Knoten angewachsen; aber auch unter der Mitte des Lippenroths und an der rechten Kinnhälfte wurde mit einem Male je ein Knötchen bemerkt, das mit einer Kruste bedeckt erschien. Das Rasiren musste nunmehr ausgesetzt werden. Rathende Nachbarn waren mit Arnica, Honigmehlbrei, Salben etc. bald zur Hand, doch trugen diese Mittel nach Ansicht des Kranken eher zur Verschlimmerung des Uebels bei; Patient setzte nun alles bei Seite und holte meinen Rath ein.

Mir waren aus früheren Gelegenheiten schon Geschwulstformen bekannt, die ich, obwohl sie nicht durchaus übereinstimmende Charaktere dargeboten, doch insoferne als zusammengehörig betrachtete, als sie meiner Ansicht nach auf entzündlicher Vergrösserung der Talgdrüsen beruhen. Zu ihnen glaubte ich auch die jetzt vorliegenden zählen zu sollen, und supponirte, dass es sich hier um eine Talgdrüsenschwellung handle, die durch Fortleitung einer im Haarbalge, wahrscheinlich durch Pilze, initiirten Entzündung entstanden sein mochte.

Auf mein Befragen stellte zwar Patient jede Hautkrankheit bei seinen Angehörigen in Abrede; als ich mich aber nach dem Zustande der Haut bei seinen Hausthieren erkundigte, erzählte er in ganz unbefangener Weise, dass seine Jagdhunde schon vor einiger Zeit an manchen Hautstellen nackt geworden seien und dass diese Partien vorgewölbt und mit Borken besetzt erschienen; später sei die Krankheit auch auf die jungen Thiere übergegangen.

Ich liess nun behufs Erweichung der ohne Bluten nicht leicht abhebbaren Borkendecken durch einige Stunden Oelüberschläge anwenden, um sodann den Kranken im Collegium zu demonstriren.

Das Krankheitsbild, das hierauf zum Vorschein kam, erinnerte an dasselbe, dessen Roser im 7. Jahrgange des Wagner'schen Archivs der Heilkunde erwähnt, dem er aber die wie mir scheint unrichtige Bezeichnung eines „entzündlichen Hautpapilloms" verlieh. Nach Roser's sonderbarer Vorstellung handelt es sich in solchen Fällen um „eine entzündliche Wucherung der Hautpapillen mit Formation interpapillärer

Abscesse und mit entzündlicher Verwachsung der kolbig geschwollenen Papillenenden." Es wird sich aus dem Weiteren ergeben, dass hier nicht in erster Reihe eine Erkrankung der Papillen, sondern hauptsächlich der Talgdrüsen vorliegt; es ist daher empfohlen, dieser Krankheitsform, wenn sie schon benannt sein soll, den Namen „entzündliches Adenom" beizulegen.

Wie eine „hypertrophische Tonsille" sah unsere Geschwulst aus, nachdem die unter der Borke liegende, leicht gewölbte, fleischrothe, feucht glänzende, mit einigen Vertiefungen versehene Oberfläche der grossen Geschwulst zu Tage trat. Der Vergleich war um so eher zulässig, als die feuchtglänzende rothe Fläche mit dünnem Epithel bedeckt erschien und als sich auf Druck aus vielen in den Vertiefungen gelegenen Oeffnungen Eiterpunkte hervorpressen liessen. Da und dort, namentlich aber am unteren Rande der Geschwulst, sah man einzeln stehende Haare hervorstehen, die zumeist leicht auszuziehen waren.

Ebenso beschaffen waren auch die kleineren Geschwülstchen, nur dass das an der rechten Kinnhälfte befindliche, eine glatte Oberfläche darbot, während das in der Medianebene gelegene die Zusammensetzung aus einzelnen Knötchen schon mit einiger Deutlichkeit erkennen liess.

Obwohl die ersten aus den Geschwulstmassen ausgezogenen Haare den Nachweis von Pilzen nicht mit erwünschter Unzweideutigkeit lieferten, musste ich in den vorliegenden Verhältnissen doch manches erkennen, das für die Annahme einer parasitären Sykosis sprach: Die Multiplicität der Geschwülste, ihre abgerundeten Grenzen und ihre Entwicklung auf einer ursprünglich sich schuppenden und heftig juckenden Hautstelle; ferner der Umstand, dass die an den Lippenrand grenzenden Geschwülste das Roth nicht überschritten; die Erhebung, dass die Jagdhunde des Patienten an einer mit Haarverlust einhergehenden Hautkrankheit litten; und endlich der Charakter der Geschwülste, welche ich der Hauptsache nach, als entzündlich vergrösserte Talgdrüsen ansehen musste.

In Betreff dieses letzteren Punktes muss ich allerdings zugestehen, dass zwischen Haarbalg- und Talgdrüsenentzündung unterschieden, dass nämlich der „Folliculitis" eine Acne (sebacea) entgegengestellt wird. Bei der Sykosis bringen es aber die ana-

tomischen Verhältnisse mit sich, dass neben dem Haarbalge sehr häufig auch die Talgdrüse in die Entzündung einbezogen wird.

In einzelnen Fällen, wie z. B. in dem von v. Ziemssen (Greifswalder med. Beitr. II. Bd. Sykosis s. Mentagra) mag es immerhin der Papillarkörper gewesen sein, der hauptsächlich und so zweifellos ergriffen erschien, dass es v. Ziemssen gelungen ist, die „Papillarbäume" wie bei gedrängt stehenden „spitzen Condylomen" auseinander zu biegen; im Grossen und Ganzen werden wir aber hier Miterkrankungen der Talgdrüsen vor uns haben, worauf ja schon Köbner — auf den wir dei der parasit. Sykosis immer wieder zurückgreifen müssen — hinweist (Virch. Arch. 22). Annäherungsweise im selben Sinne spricht sich in dieser Beziehung auch Lewin (Charité-Annalen 1. Jahrg. 1874. Ueber parasit. Sykosis) aus, bei dessen Kranken es in einer noch kürzeren Zeit (in 8 Tagen) zu ungleich ausgedehnterer Infiltration, als in unserem Falle gekommen ist: „Wenn wir übrigens die Ursache aufsuchen, weshalb der Trichophyton, welcher an den übrigen Theilen des Körpers eine mehr superficielle Dermatitis erzeugt, gerade an dem Barte so bedeutende Infiltrate, ja selbst Geschwülste producirt, so finden wir sie in dem anatomischen Bau der betroffenen Stellen. Wie kaum an einem anderen Orte des Körpers liegen die Bälge der Barthaare, namentlich am Kinn und an den Wangen, in einem höchst laxen, subcutanen Bindegewebe, welches auffallend reich an Gefässen ist, die hier die Follikel der Haare und der Talgdrüsen umspinnen [1])."

Obwohl ich mich, wie erwähnt, aus den angeführten Um-

[1]) Es scheint, dass dieselben Vorstellungen Hardy dazu geführt haben, in seinem Aufsatze „Maladies contagieuses du système pileux" (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, Tome huitième) die Bartfinne als „Adenotrichie" zu bezeichnen. Es ist jedoch nicht zu rechtfertigen, dass Hardy die „Adenotrichie" nur für die idiopathische Bartfinne reservirt, während er die parasitäre Form einfach als „Sykosis" benannt wissen möchte. Wohl weiss ich, dass unser verdienter Fachgenosse in Frankreich die verschiedenen Bezeichnungen nur darum empfohlen hat, um einer Confusion vorzubeugen; da aber in dem Präservativ der Keim einer anderen irrthümlichen Auffassung versteckt ist — nämlich derjenigen, als würde eine Miterkrankung der Talgdrüsen nur bei der als „Adenotrichie" bezeichneten Art, nicht aber auch bei der anderen zugestanden — so halte ich den Vorschlag für keinen gelungenen.

ständen für eine parasitäre Sykosis aussprechen zu müssen glaubte, so beschloss ich dennoch zur vollkommenen Sicherstellung auch den weiteren Verlauf abzuwarten.

Schon am zweitnächsten Tage fand meine Diagnose neue Bestätigung. Die am Kinne befindliche Plaque erschien nämlich von einem Schuppensaume eingerahmt, dessen einzelne Plättchen unter dem Mikroskope Epidermiszellen erkennen liessen, zwischen denen mit seltener Deutlichkeit gegliederte und verzweigte Mycelien zu sehen waren. Gerne hätte ich die Beobachtung noch weiter ausgedehnt, doch musste ich, der Ungeduld des Kranken Rechnung tragend, eine parasiticide Behandlung einleiten.

Ich liess nun die Sykosisgeschwülste sowohl, als auch den neu angesetzten Schuppensaum in den ersten Tagen mit einer schwachen Jod-Jodkali-Lösung, später mit einer verdünnten Sublimatsolution einpinseln, worauf nicht nur die Schuppenbildung aufhörte, sondern auch ein auffälliges Einsinken der Geschwülste erfolgte. In dem Maasse als die Geschwülste schrumpften, traten die Haare, die offenbar in der überschwellenden Masse vergraben waren, immer mehr und mehr hervor und wurden Tag für Tag mit der Pincette extrahirt. Aeusserst selten war innerhalb der erkrankten Partien ein Haar zu finden, das dem Zuge nicht leicht gefolgt wäre; der Patient machte gewöhnlich selbst die Bemerkung, dass er beim Ausziehen der Haare nicht den mindesten Schmerz verspüre.

Nach einer zwölftägigen Behandlung war in jeder Beziehung eine Reduction der Geschwülste, hauptsächlich aber der kleineren zu beobachten; aber auch die grosse Geschwulst hatte sich vom Lippenroth bereits um $^1/_2$ Ctm. zurückgezogen, erschien wenigstens um die Hälfte weniger prominent und erwies sich nun als aus einzelnen niederen Sykosishügeln zusammengesetzt. Der Kranke war nicht länger zu halten, und wurde am 27. Februar 1878 auf sein eigenes Verlangen und mit der Weisung entlassen, eine Präcipitat haltige Salbe in Gebrauch zu ziehen [1]).

Sämmtliche während der Behandlung extrahirten Haare gelangten zur Untersuchung; die Mehrzahl derselben legte ich in Terpentin oder Kalilösung ein, nur wenige in essigsaures Kali oder Glycerin.

[1]) Nach ärztlicher Mittheilung war 2 Monate später Heilung bis auf eine Spur erfolgt.



Die Haare wurden zumeist in ihrer ganzen Länge zu Tage gefördert. Dabei erschien die Wurzel entweder kolbenförmig mit strahlig auseinanderweichenden Fasern, oder gar nicht verbreitert und in Auffaserung begriffen, oder in höchstem Grade geschrumpft und in verschiedener Weise verbogen.

Die Wurzelscheide fehlte entweder oder sie war nur in einzelnen Fetzen vorhanden; sehr häufig war der Schaft in Reste derselben, wie in einen Aermel gehüllt.

Der Haarschaft war am allerhäufigsten ganz, manchmal erschien er eingeknickt, ein anderes Mal in seiner Continuität in einer Weise aufgefasert, dass man ein Bild bekam, als wenn zwei Pinsel mit ihren Borsten in einander geschoben wären (Fig. 1); fiel ein solches Haar an dieser Stelle auseinander, so hatte man ein besenförmiges Bruchende vor sich (Fig. 2).

Zumeist konnte man an solch aufgefaserten Stellen kleine runde hellglänzende Körperchen wahrnehmen, die in den Haaren und an den ihnen anhängenden Wurzelscheiden sehr häufig anzutreffen waren (Fig. 3 und 4). In der Rindensubstanz des Haares reihten sich die Körperchen nach der Längsachse, und manchmal so dicht, dass sie stellenweise das ganze Haar durchsetzten. Vereinzelte und deutlich erkennbare Reihen waren auch im Markkanal von dünneren Haaren zu finden (Fig. 6); der Markraum der dickeren Barthaare war von diesen kleinen Körperchen gewöhnlich so erfüllt, dass sie das Sehfeld verdunkelten (Fig. 6); an manchen Stellen führte ihre Massenanhäufung sogar zu einer varicösen Verbreiterung des Markkanals und consecutiv auch eines Peripherieantheiles oder des ganzen Umfanges der Rinde, deren angrenzende Partien dann von diesen feinen Körperchen mehr oder weniger stark, oft bis zur Verdunkelung occupirt erschienen (Fig. 7 und 8). An Stellen, wo der Körnchenhaufen — wahrscheinlich durch nachträgliches Schrumpfen — den Kanal nicht vollkommen ausfüllt, ist ganz deutlich zu sehen, dass die Masse aus ganz kleinen runden Körperchen zusammengesetzt ist, die ziemlich gleichen Umfang aufweisen (Fig. 7).

Diese kleinen Körperchen halte ich für Zerfallsprodukte; und obwohl es höchst wahrscheinlich Zerfallsprodukte des Pilzes sind, so möchte ich doch aus ihnen allein auf eine Pilzkrankheit des Haares nicht zurückschliessen. Ich wundere mich auch nicht wenig,



dass Tilbury Fox sich bei der Diagnose der parasitären Sykosis mit so bescheidenen Befunden begnügt, wie sie in den Figuren 78, 79 und 80 seines Lehrbuches (Skin Diseases. London 1873) wiedergegeben sind; unter Fig. 12, 13 u. 14 habe ich Fox' Bilder in möglichst getreuer Nachahmung neben die meinigen stellen lassen.

Unterschiedlich von den bisher erwähnten Körperchen findet man aber auch (hauptsächlich in der Rindensubstanz gelegene) Fragmente, die ohne jeden Zwang als Ueberbleibsel der Pilze angesehen werden können: Aneinandergereihte grössere cubische Körper, einfache oder gegabelte, starr glänzende Stäbchen oder gar unzweifelhafte Reste eines Mycels (Fig. 6 und 9). Meiner Ansicht nach ist dieser Befund, der ziemlich häufig vorkommt und ohne besondere Mühe zu erlangen ist, vollkommen ausreichend und beweiskräftig für die Annahme einer durch Pilze bedingten Haarkrankheit. Ja es scheint mir, dass wenn man in weniger günstigen Fällen auf einer mikroskopischen Diagnose verharrt, man geradezu darauf angewiesen bleibt, in einzelnen gut erhaltenen Pilzfragmenten die zurückgebliebenen Zeugen einer früher stattgehabten Pilzinvasion erkennen zu lernen. — Freilich wird es einem auch gelingen, innerhalb des Haares ein intactes weitverzweigtes Mycelium aufzufinden, nur muss man die Mühe einer umfassenden Untersuchung nicht scheuen, weil man in minder glücklichen Fällen 100 Haare und auch mehr durchzumustern hat, bis das Gesuchte angetroffen wird [1]). Es scheint eben die auf die Pilzinvasion folgende Entzündung und Eiterung in dem Haarbalg den Parasiten sehr rasch absterben zu machen.

Wo man das Haar früh genug zur Untersuchung bekommt, sieht man dasselbe in seiner Wurzel und dem angrenzenden Schaftstücke von einem Mycelgeflecht durchsetzt, das stellenweise reizende Bilder darbietet. Am Grunde der aufgefaserten Wurzel beginnen nur wenige Hyphen, die in der Rinde nach oben wachsend sich vielfach verzweigen und dann ein gar dichtes Geflecht abgeben. Die Pilzfäden (in ihrer Dicke zwischen 0·0016 und 0·0038 Mm.

---

[1]) Tilbury Fox hat wahrscheinlich ein Mycel gar nicht gesehen; ich entnehme dies aus der Fassung seines Textes (l. c. p. 459), der folgendermassen lautet: „The mycelial threads are said to be branched at an angle of 40° to 80° and to be annulated.“ Uebrigens wird hierauf auch sein „This is not absolutely true“ des dritten Satzes zu beziehen sein.



schwankend) sind bald ungegliedert, bald einfach gegliedert, bald septirt und in je einem Septum eine 0·0120—0·0131 Mm. lange kernhaltige Zelle führend. Gar nicht selten ist in gut erhaltenen Präparaten ein 0·0264—0·0440 Mm. langes Hyphenstück sichtbar, das in der Continuität verbreitet oder an den Enden kolbig angeschwollen ist, so dass eine ganz ansehnliche Verdickung zu Stande kommt (0·005 – 0·008 Mm. und darüber), innerhalb welcher schöne bis 0·0055 Mm. grosse, kernhaltige Zellen liegen; da und dort scheint die Differentiirung des Protoplasmas noch nicht durchaus erfolgt zu sein. Figur 10 repräsentirt das Bild eines Schaftstückes, in welchem alle diese Verhältnisse in deutlichster Weise zu erkennen sind.

Ob man es hier nun mit Fructificationsorganen zu thun hat, oder nicht, das zu entscheiden sei Mykologen von Fach überlassen. So viel scheint sicher, dass hier dieselben Objecte, wie sie von Kaposi und Geber bei der sog. Impetigo contagiosa angetroffen wurden, vorliegen. Wären dieselben, wie Kaposi will, nur für einen bestimmten Pilz charakteristisch, so würde das nur beweisend sein für die Anschauung, dass wir in der Impetigo contagiosa nur eine bullöse und pustulöse Form der Dermatomykosis tonsurans vor uns haben, wie ich dies in meinem Aufsatze „Ueber Impetigo contagiosa und ihre Stellung zur Dermatomykosis tonsurans“ (Wien. med. Presse 1877. Nr. 51 u. 52) dargethan habe. Ebendaselbst habe ich auch darauf hingewiesen, dass „Sporen tragende Organe“ von Meissner, Virchow und Köbner bei Onychomykosis und von v. Bärensprung bei Dermatomykosis tonsurans vorgefunden wurden. Bestände die Berechtigung, dieselben mit Kaposi's Fructificationsorganen zu identificiren, so wäre mit dem von mir gelieferten Nachweis derselben auch im Haar der knotigen Trichomykosis [1]) ihr Vorkommen in sämmtlichen durch das Trichophyton (Malmsten) bedingten Hautkrankheiten dargethan.

Keimende Pilzzellen habe ich zwischen den Zellen der Epidermis (und auch der Wurzelscheide) häufig angetroffen (Fig. 11).

[1]) Einheitlicher: Dermatomykosis (tonsurans) sycotica.

(Schluss sammt Tafel VIII im nächsten Hefte.)



Der Verlauf einer syphilitischen Erkrankung bei Zwillingsbrüdern.

Von

Dr. J. Krówczyński
Hospitalarzt in Lemberg.

Das sich stets erweiternde Gebiet des ärztlichen Wissens, bereichert durch eine üppige Ausbeute exacter Forschung in den letzten Decennien, erzeugte die Nothwendigkeit der Arbeitstheilung in der angewandten Medicin. Das Grübeln in den Details erfolgte jedoch mit Beeinträchtigung des Gesammteindruckes des Krankheitsbildes nur zum Schaden des Ganzen. Mit vielem Rechte verhöhnten gewisse Dermatologen nach Entdeckung der Krätzmilbe die Ansicht älterer Aerzte, welche in der scabiösen Infection des Blutes gipfelte, aber einseitig und unzweckmässig ist das Verfahren gerade derselben Dermatologen, Hautausschläge stets nur örtlich ohne Rücksicht auf den kranken Organismus zu behandeln, blos die Krankheitserscheinung vor sich sehend. Die Lehre von den syphilitischen Erkrankungen begann gleichfalls dieselbe Bahn zu betreten und gewohnheitsmässig sah der Specialist blos die syphilitische Erkrankung vor sich ohne Rücksicht auf Grund und Boden, in dem sie wurzelte und die ihrem Gedeihen förderlichen Einflüsse. Die krankhafte Erscheinung in steten Einklang mit dem Gesammtorganismus zu bringen, die den Kranken umgebenden Einflüsse zu berücksichtigen, die überstandenen und beigesellten Krankheiten zu prüfen, die Infectionsquelle zu erforschen, kurz die Wechselwirkung, die zwischen krankem Organismus und Krankheitserscheinung herrscht, aufzuklären, ist eine Errungenschaft der neuesten Aera.

Jeder erfahrene Arzt wird sowohl der Ansicht Lagneau's beistimmen müssen, dass die syphilitische Erkrankung einen milderen Verlauf nimmt in Gegenden mit warmem Klima, als auch der Behauptung Hirsch's beipflichten, dass die Gleichmässigkeit der Temperatur die syphilitischen Krankheitserscheinungen mildert, dass Alter, Schwangerschaft und Wochenbett für den weiteren Verlauf keineswegs gleichgiltig sind. Wer vermag es zu bezweifeln, dass Scrophulose, Tuberculose, Malaria, Scorbut, diese den Organismus erschöpfenden Krankheiten, bei gleichzeitiger syphilitischer Erkrankung von überaus schädlichem Einflusse sind. Es unterliegt kaum einem Zweifel, dass auch das Quale der Infectionsquelle eine bedeutende Rolle spielt; worin jedoch die Wechselwirkung zwischen Krankheitsquelle und deren Produkt besteht, darüber haben wir selbst nicht eine dunkle Ahnung. Ist es die Grösse des Geschwüres oder die der Plaques, ist es die Dauer des Bestehens derselben oder etwa deren Bösartigkeit, die schwer in die Wagschale fällt, wer kann es aussagen? Es sind jedoch Fälle zur Kenntniss gelangt, die es sicher stellen, dass aus gangränösen Geschwüren gangränöse entstanden, wie es andererseits auch an solchen nicht mangelt, aus denen ersichtlich ist, dass ein gutartiger Infectionsherd zum Ausgangspunkt höchst bösartiger Geschwüre wurde. Mit aller Entschiedenheit erklärt Fournier (De la contagion syphil.), dass die auf eine zweite Person übertragene Infection in ihrer weiteren Entwicklung durchaus in keinem Verhältnisse steht zu ihrem ursprünglichen Herde. Was auch künftige Zeiten an Aufklärung für uns in sich bergen, so erachte ich es für zweckdienlich, schon jetzt dem Infectionsherde ein williges Auge zu leihen. Ich meinestheils schliesse mich der Ansicht jener Forscher an, die dem Organismus, in dem die Erkrankung zur Entwicklung gelangt, die grösste Bedeutung beimessen, ohne beileibe den Werth der ebenerwähnten Einflüsse auch nur zum geringsten Theile zu schmälern.

Ich erlaube mir deshalb — ohne vereinzelt mit einer derartigen Publication dazustehen — den Verlauf einer syphilitischen Erkrankung eines Bruderpaares zur Kenntniss zu bringen und glaube hiermit zur Festigung meiner Ansicht um so sicherer einen Beitrag liefern zu können, als die Erkrankten, aus der nämlichen Ansteckungsquelle ihr Unheil schöpfend, Zwillinge waren.



Gegen Ende der ersten Julihälfte 1875 betrat mein Ordinationszimmer ein Kranker, bei dem ich an der inneren Fläche der Vorhaut eine exquisite Sclerose von der Grösse einer kleinen Bohne constatiren konnte. Ueber derselben war die Schleimhaut oberflächlich excoriirt und mässig mit seröseiterigem Exsudat bedeckt. Am Rücken der Ruthe war der Lymphgefässstrang ohne Schwierigkeit zu betasten und in der Schenkelbeuge zu beiden Seiten fanden sich Drüsen vor, die hart, vergrössert, bei Berührung nicht schmerzhaft, leicht verschiebbar waren.

Ueber die Entstehung der Geschwulst befragt, gab der Kranke nachstehende Details: Er habe das letzte Mal zwischen 4.—7. Mai cohabitirt und habe fast unmittelbar nach stattgefundener Begattung am Orte der jetzigen Sclerose einen unbedeutenden Riss der Schleimhaut bemerkt, der nach Ablauf einiger Tage spurlos verschwand. Gegen das Ende des Monates Mai habe sich neuerdings an der nämlichen Stelle ein kleines Geschwürchen gebildet, das durchaus schmerzlos war und der Ausdrucksweise des Patienten nach aussah, wie eine durch den Fingernagel beschädigte oberflächliche Schichte einer kleinen Hautstelle. Dieses Geschwürchen habe sich trotz sorgfältigster Reinigung durch täglich mehrmaliges Baden der Ruthe vergrössert und sein Grund war fühlbar hart geworden.

Die Schwellung der Leistendrüsen habe die Sorglosigkeit des Patienten verscheucht und begab sich derselbe zu Dr. S., dessen Freundlichkeit ich die angeführten Daten verdanke. Nach Sicherstellung der primären syphilitischen Erscheinung, untersuchte ich den Allgemeinzustand des Kranken und befrug ihn um ätiologische Einzelheiten, die ich hiermit anführe: R. S., 28 Jahre alt, Handelscommis, der dritte Sohn vollkommen gesunder, noch lebender Eltern und wie bereits angeführt, ein Zwilling. In seiner frühesten Jugend habe derselbe gleichzeitig mit seinem um eine halbe Stunde jüngeren Bruder Masern überstanden, in seinem 12. Lebensjahre Scharlach mit darauf folgender längere Zeit andauernder ödematöser Schwellung der unteren Extremitäten. Zehn Jahre lang erfreute sich Patient der besten Gesundheit und erst im 22. Lebensjahre begann eine rheumatische Gelenksaffection insbesondere der Knie- und Sprunggelenke mit anfänglicher Schwellung der Gelenke und nachheriger Schmerzhaftigkeit seinen Gesundheitszustand zu trüben und ist dieselbe sogar noch in der letzten Zeit nach etwaiger Anstrengung fühl-



bar. Im 24. Lebensjahre acquirirte Patient eine acute Urethritis, die trotz sorgfältigster Behandlung und ängstlicher Befolgung ärztlicher Ordination 18 Monate lang bestand. Im Verlaufe dieser Krankheit hätten die rheumatischen Schmerzen mit einigen Intervallen recidivirt, um stets nach mehrtägigem Bestande spontan zu schwinden. Eine an Hartnäckigkeit geringere Urethralblennorrhöe mit milden Initialsymptomen habe der Kranke im 26. Lebensjahre überstanden, die jedoch 13 Monate andauerte. Von der Zeit an sei keine nennenswerthe Krankheit mehr aufgetreten. Träger Stuhlgang, Stirn- und Schläfenschmerz, unbedeutende Hämorrhoidalknoten seien so die kleinen Leiden des Patienten. Die Verdauung sei weniger prompt und nach reichlicheren Malzeiten treten Aufstossen und ab und zu Schmerzhaftigkeit in der Magengegend auf. Warmer Kaffee mildert in ihrer Heftigkeit die Erscheinungen.

Status praesens: Patient von mässigem Wuchs, gut genährt, von gut entwickeltem Knochen- und Muskelbau. Haut und sichtbare Schleimhäute sind blutarm, die Gesichtshaut von gelblichem Teint, die Nackendrüsen beiderseits kaum anzutasten. An der Haut des Nackens finden sich etliche Knötchen von der Grösse eines Stecknadelkopfes, die theilweise mit Schüppchen bedeckt sind, theils ihrer Hülle beraubt, ein Krüstchen tragen. Nach Aussage des Kranken seien diese Knoten des Sommers bei ihm eine häufige Erscheinung und schwinden um so rascher, je mehr der Kranke dem Gefühle des Juckens Widerstand leistend, vom Kratzen sich zurückhält. Die Haut des Stammes hat keine sichtbaren Veränderungen an sich; die Drüsen in der Ellbogenbeuge sind nicht palpabel; in den Leistenbeugen dagegen sind dieselben in der oben beschriebenen Weise verändert. Die Ruthe ist von der bereits erwähnten Sclerose ergriffen; an der linken Seite des Scrotalsackes findet sich ein Päckchen erweiterter Venen vor. Die Haut in der Gegend des Zusammentreffens von Kreuz- und Steissbein ist mit einer Knötchenefflorescenz bedeckt (Eczem. papul.)

Trotzdem die Diagnose über allen Zweifel sichergestellt werden konnte, beschloss ich, die Spenderin, der vor einiger Zeit Treue und Verschwiegenheit gelobt wurde, einer näheren Untersuchung zu unterziehen, zumal nicht besondere Schwierigkeiten sich in den Weg stellten.

Ausser einer ziemlich bedeutenden Inguinaladenitis fanden sich an der grossen rechten Schamlippe zwei flache Condylome vor. Pla-



ques an den Mandeln und Pigmentflecke von Bohnengrösse rings um die Aftermündung vervollständigten das Bild der kranken Dame, bei der ich trotz meiner Zudringlichkeit über Verlauf und Aetiologie nichts Wesentliches erfuhr. Sechs Monate lang blieb sie unter meiner Beobachtung; weitere Erscheinungen der syphilitischen Erkrankung konnte ich nicht beobachten, als plötzlich dieselbe meinem prüfenden Blicke sich entzog.

Zu unserem Patienten zurückkehrend, kann ich es nicht unerwähnt lassen, dass ich nach Constatirung der Krankheit und Erforschung der Infectionsquelle die Behandlung mit einer Lösung von salpetersaurem Silber (0·8 : 200) einleitete, um späterhin graues Quecksilberpflaster und graue Salbe anzuwenden. Die Einreibungen mit letzterer liess ich blos in beiden Leistengegenden vornehmen, eine Methode, die bei der frühzeitigen Form der syphilitischen Erkrankungen häufig von Vortheil ist und von der ich im weiteren Verlaufe noch Näheres zu erwähnen mir erlauben werde.

Am 3. Juli begann der Patient die Einreibungen mit der grauen Salbe vorzunehmen, wiederholte dieselbe in einer Menge von 1·5 Grm. in jede Leiste jeden zweiten Tag und badete überdies zweimal wöchentlich warm. Das Körpergewicht des Kranken vor begonnener Cur betrug 64 Kilogrm. Die Zahl der localen Einreibungen der grauen Salbe stand von nun ab mit der Heilung der örtlich syphilitischen Erscheinungen im geraden Verhältnisse.

Sichtlich verringerte sich die Sclerose, die Schwellung der Leistendrüsen nahm unter gleichzeitigem Weichwerden derselben ab, so dass nach der zwölften Einreibung an Stelle der primären Affection nur mehr eine unbedeutende Resistenz der Gewebe fühlbar war, während leichter eintretende Müdigkeit, geringes Kahlwerden und ein Gewichtsverlust von $^1/_2$ Kilogramm den Allgemeinzustand charakterisirten, dem noch beizufügen wäre, dass zwei Nackendrüsen rechterseits Bohnengrösse annahmen und eine Cubitaldrüse palpabel wurde. Trotzdem sonst an Haut und Schleimhäuten durchaus keine Veränderung wahrnehmbar war, gebrauchte Patient die localen Inunctionen weiter bis er endlich mit der zwanzigsten die Cur beschloss. Mehrere Tage hierauf am 17. August notirte ich nachstehenden Status: Die Haare sind nicht mehr hinfällig, Nacken und Armdrüsen in Statu quo, die Inguinaldrüsen hingegen wesentlich kleiner und weicher, die Gefässe am Penisrücken nicht mehr tastbar, an Stelle der Sclerose eine pigment-



lose Narbe, die allgemeine Hautdecke trägt blos am Nacken eine Knötchenefflorescenz, sonst ist sie normal. Die sichtbaren Schleimhäute blieben wie ursprünglich bleich, anämisch.

Bis Mitte September blieb der eben beschriebene Zustand unverändert, als ich am Scheitel, verborgen zwischen den Haaren, Knötchen in mässiger Anzahl vorfand, die an ihrer Oberfläche leicht krustig aussahen und deren Anzahl im October durch eine ähnliche Eruption am Hinterhaupte an der Grenze des Haarbodens wie durch zwei Knötchen an dem rechten Handteller vermehrt wurde. Diesen Veränderungen gegenüber ordinirte ich eine weisse Präcipitatsalbe; die Knötchen an der Palma wurden mit Sublimat (1 : 8 Collodium) bepinselt.

Bei dieser Behandlung verringerten sich die Erscheinungen an der Haut langsam, so dass bis zum 27. December die Krankheit durchaus keine neue Gestalt annahm. Am genannten Tage jedoch erschien der Kranke neuerdings, über heftige Kopfschmerzen und rheumatische Gelenkschmerzen klagend, zu denen überdies an einer circumscripten Stelle des unteren Drittels des linken Schienbeines ein besonders empfindliches schmerzhaftes Klopfen auftrat. Trotzdem ich objectiv nichts constatiren konnte, unterliess ich es jedoch nicht, dem Patienten, als einem der lateinischen Küche unverzagt trauenden Anhänger, Bepinselungen der Gelenke und der schmerzhaften Stelle mit Jodtinctur vielversprechend anzurathen und hatte als Lohn meines unbefangenen Appells an die gläubige Seele die Genugthuung zu erfahren, dass das Mittelchen Wunder wirke. Der Schmerz war nach zweimal täglich erfolgtem Einpinseln gleich anfangs wesentlich gelinder und nach sechs Tagen weggezaubert.

Am 6. Jänner 1876 stellte sich mir der Kranke neuerdings vor, diesmal nicht blos mit Klagen subjectiver Natur über Schmerz im Rachen, Schlingbeschwerden, sondern es waren auch Veränderungen daselbst wahrnehmbar, die in Schwellung der Mandeln mit bedeutender Röthung der vorderen Gaumenbögen verbunden waren. Aetzungen, die daselbst mit dem Lapisstifte vorgenommen wurden, konnten das Auftreten von Plaques in den genannten Rachengebilden nicht hindern, ja ich konnte noch weiters am 11. Jänner eine allenthalben zerstreute Bläschenefflorescenz, zumeist sichtbar an der Haut der unteren Extremitäten, constatiren. Der Stand der Lymphdrüsen blieb unverändert, der Kranke fühlte sich geschwächt, die Appetenz war



gering, das Körpergewicht betrug 63 Kilogramm. In Rücksicht auf den bedeutenderen Kräfteverfall ordinirte ich dem Patienten kräftige Kost nebst dem täglichen Trinken zweier Gläschen eines alten Ungarweines; dies wirkte etwas zum Vortheil, die Eruption an der Haut schien jedoch durch die Vergrösserung der Bläschen eher an Ausbreitung zugenommen zu haben. Wieder wurde die Inunctionskur eingeleitet, die der Kranke mit Vermeidung der Bläschenstelle an den oberen, den unteren Extremitäten und an den Weichen vornahm; gleichzeitig wurden die Rachengebilde mit dem Lapisstift geätzt. Nach 16 Einreibungen waren blos oberflächliche Narben an Stelle der Bläschen sichtbar, die Mandeln waren mässig vergrössert, neue Erscheinungen der syphilitischen Erkrankung waren nicht sichtbar. Hiemit entschloss ich mich, den Patienten am 15. März zu entlassen, mit dem Bedeuten, er möge sich mindestens zwei Mal monatlich mir vorstellen. Wiewohl der Kranke 2 Kilogramm an Körpergewicht abnahm, machte sein Allgemeinzustand einen erfreulicheren Eindruck; er fühlte sich frischer und kräftiger. Der Kranke befolgte meinen Rath, mit der ihm empfohlenen Pünktlichkeit suchte er mein Ordinationszimmer auf und ich konnte von da ab nichts an ihm abnorm Auftretendes feststellen, es steigerte sich vielmehr das Körpergewicht bis zu $67^1/_2$ Kilogramm und der Patient ist mit dem Stande der Dinge bis auf ab und zu ihn quälende rheumatische Schmerzen vollständig zufrieden.

Am 17. Juni 1875 erschien beklommenen Herzens der Zwillingsbruder des Patienten bei mir mit der Anfrage, ob er nicht etwa von dem Schicksale seines Bruders ereilt werde. Die Zulässigkeit einer so schlimmen Eventualität gewann um so mehr an Wahrscheinlichkeit, als nach eigenem freiwilligen Geständnisse des Patienten die inficirte weibliche Person, die Ansteckungsquelle seines Bruders, seit Monaten das einzige Wesen wäre, dem er Treue und Verschwiegenheit gelobt. Er cohabitirte das letzte Mal gleich Anfangs Juni und glaube bis nun von allem Krankhaften frei zu sein. In dem Maasse als das Düstere der Anamnese mir bekannt wurde, suchte ich sorgfältig nach den Anzeichen einer Primäraffection; meine Jagd schien ganz vergeblich gewesen zu sein, als ich plötzlich in der Harnröhrenmündung einen bedeutungsvollen mucopurulenten Tropfen erspähte. Da dieser höchst spärlichen Ausscheidung gar keine subjectiven Schmerzgefühle sich beigesellt hatten, wurde der Kranke von dieser Entdeckung höchst unangenehm überrascht und überstürzte mich mit einer Fluth



von Fragen, die alle sich auf sein weiteres Schicksal bezogen. Der Umstand, dass erst etliche Tage seit der letzten Begattung verstrichen, legte mir eine besondere Reserve in meinen Aussagen auf und ich sprach für den Kranken in Räthseln gleich der Pythia. Dies hinderte jedoch nicht, dass Patient ein vertrauensvoller Anhänger meiner ärztlichen Kunst wurde und ich beobachtete und behandelte ihn von da ab an dem Harnröhrenausflusse, dessen Widerwärtigkeit ihm in einigen Tagen lebhaft zum Bewusstsein gelangte. Am 13. Juli fand ich ausser dem Harnröhrenausflusse auch in sulco retroglandulari linkerseits an dem Bändchen eine geröthete Stelle leicht nässend vor, eine Erscheinung, wie sie öfters Folge einer Retention eiterigen Secrets ist. Eine indifferente Behandlung, die eingeleitet wurde, bestehend in Localbädern des Gliedes, Application trockener Charpie und Einstreuen von Reismehl blieb erfolglos. Als auch eine Bepinselung mit einer schwachen Lapislösung den entzündlichen Process nicht aufhalten konnte, beschloss ich mit dem Lapisstift zu ätzen. Allein nach Verlauf zweier Tage änderte sich das Krankheitsbild. Es erfolgte eine oberflächliche Zerklüftung, während die Basis der Excoriation mit jedem Tage sichtbar härter wurde. Nur die anamnestischen Daten, wie die vorhergängige Untersuchung des kranken Weibes konnten mir in diesem Falle schon jetzt eine Sicherheit in der Diagnose gewähren, obwohl die Erscheinungen noch immer mehr für eine im Präputialsacke durch sich zersetzende Fettsäuren des Secretes entstandene entzündliche Reizung der Schleimhaut sprachen. Ich äusserte daher dem Patienten mein Bedenken, dass sich eine syphilitische Primäraffection ausbilde und mein Bedenken wurde zur traurigen Wahrheit, als weiterhin linkerseits die Inguinaldrüsen sich zu vergrössern und härter zu werden begannen.

Der Patient, 28 Jahre alt, Handelsbeflissener, Bruder des vorher Genannten, überstand als Kind Masern und erfreute sich bis heutigen Tags der blühendsten Gesundheit. Von kräftigem Knochen- und Muskelbau, gut genährt, mit üppigem Unterhautzellgewebe und nicht vergrösserten Hals- und Cubitaldrüsen, in den inneren Organen gar keine Abnormitäten nachweisbar. Linkerseits in der Leistenbeuge jedoch finden sich drei vergrösserte, schmerzlose, leicht verschiebbare Lymphdrüsen vor, von denen die bedeutendste geradezu von Kirschgrösse in der Mitte der Leiste gelagert ist. In der rechten Leistenbeuge sind zwei Lymphdrüsen in ihrem Volum vermehrt, jede von ihnen bis zur



Grösse einer Bohne. Am Gliede findet sich die oben erwähnte Sclerose vor. Da in der Diagnose unter Bezugnahme auf die anamnestischen Daten und Erscheinungen keineswegs Zweifel obwalten konnte, habe ich sofort die Behandlung wie zuvor bei dessen krankem Bruder mit localer Inunction der grauen Salbe in die Haut beider Leistengegenden eingeleitet. Die jeden zweiten Tag vorgenommene Einreibung und das zweimal in der Woche empfohlene Baden im lauwarmem Wasser wirkten insoweit vortheilhaft, als zuvörderst die sclerotische Stelle vernarbte, um späterhin unter gleichzeitigem Kleiner- und Weicherwerden der Lymphdrüsen sich wesentlich zu vermindern. Schon nach achtmaligem Einreiben, welches der Kranke trotz einem hiedurch hervorgerufenen Mercurialeczem mit besonderer Energie fortsetzte, nahm die Schwellung der Lymphdrüsen rechterseits vollständig ab, sie konnte nur mehr kaum herausgetastet werden, und die in der Mitte der linken Leistenbeuge gelagerte Lymphdrüse verkleinerte sich um die Hälfte. Der Allgemeinzustand liess kaum etwas zu wünschen übrig. Die vom Sitze der Infection entfernt gelegenen Drüsen verriethen nichts abnormes und das Körpergewicht (der Kranke wog vor begonnener Schmierkur 72 Kilogramm) blieb unverändert. Obwohl nach der 18. Einreibung sich gar keine krankhaften Veränderungen an der Ruthe vorfanden und die in der linken Leistenbeuge leicht geschwellten Drüsen keinen Fachmann berechtigter Weise zur Diagnose einer syphilitischen Erkrankung veranlassen könnten, empfahl ich dem Kranken, weitere Inunctionen jeden dritten Tag, eine jede mit 3·0 Grm. ung. cinerei vorzunehmen. Nach weiteren 8 Einreibungen erreichten dieselben die Gesammtsumme von 26. Nicht blos das erfreuliche Allgemeinbefinden, sondern auch das sich steigernde Körpergewicht, das mit Beendigung der Kur 75$^1/_2$ Kilogramm ausmachte, eiferten mich zu besonderer Zähigkeit in der einmal empfohlenen Kurmethode an und ich konnte bereits am 3. October den Patienten aus meiner Behandlung entlassen, mit dem Wunsche, er möge sich einmal wöchentlich präsentiren. Am 2. Februar 1876, nachdem der Stand der Dinge bis dahin ganz unverändert blieb, bemerkte ich an demjenigen Theil der Scrotalhaut, welcher dem linken Oberschenkel anliegt, zwei erbsengrosse Stellen, welche, leicht infiltrirt, das Hautniveau höchst unbedeutend überragten und härtlich anzufühlen waren. Eine ähnlich krankhaft ergriffene Hautstelle fand sich an der unteren Fläche der Peniswurzel in ihrer Umbiegung zur Scrotalhaut vor. Nach Verlauf



einer Woche entpuppten sich die Infiltrate als breite Condylome, die ich mit Mercurialpflaster bedecken liess. Selbst diese minimalen syphilitischen Krankheitserscheinungen veranlassten mich, da das Allgemeinbefinden hiebei vortrefflich blieb, anstandslos eine allgemeine Schmierkur von grauer Salbe zu empfehlen. Nach 8maliger Einreibung, welche der Kranke jeden dritten Tag vornahm und nach dazwischen gebrauchten lauwarmen Bädern konnte ich den Kranken neuerdings als gesund aus der Behandlung entlassen. Von Plaques war keine Spur mehr zu finden, das Körpergewicht betrug 75 Kilogramm. Zweimal monatlich konnte ich von da ab den Kranken immer wieder sehen und als ich ihn am 17. October 1877 das letzte Mal untersuchte, überzeugte ich mich, dass der Allgemeinzustand unverändert blieb und objectiv von einem syphilitischen Kranksein durchaus nichts sich vorfand.

Wenn ich bezüglich der endgiltigen Richtigkeit der Diagnose im letzteren Krankheitsfalle selbst dem Vorwurfe, ein skeptischer Haarspalter genannt zu werden, mich aussetze, kann ich doch nicht umhin noch einmal zu betonen, dass Anamnese, Verlauf, Infectionsquelle und schliesslich das Auftreten von breiten Condylomen genug des Charakteristischen für Syphilis bildeten.

Die bekannten Causalmomente, die allenthalben zu Hilfe gezogen weden, um die Abweichungen im Verlaufe der syphilitischen Erkrankungen ins Klare zu bringen, verlieren in unseren Fällen insoferne ihre allgemeine Geltung, als diesmal weder Klima noch Alter ebensowenig als veränderte Lebensweise von bestimmendem Einflusse sein konnten. Zwillinge, Söhne desselben Vaters und derselben Mutter, unter den nämlichen Einflüssen auferzogen, stets unter einem Dache wohnend, zeigen beide doch nach Inficirung durch ein und dasselbe kranke Weib so bedeutende Differenzen in Form und Verlauf ihres Durchseuchtseins.

Obwohl die Vermuthung zulässig ist, dass der Organismus des zunächst beschriebenen Kranken an und für sich a priori in vielen Stücken von dem seines Bruders abwich, so ist es auch andererseits wahrscheinlich, dass die im Leben überstandenen Krankheiten des ersterkrankten Bruders für den schweren Verlauf der Syphilis förderlich waren. Kein erfahrener Arzt, selbst der eifrigste Gegner der Beneke'schen Lehre, welche darin gipfelt, dass ebenso wie Syphilis auch Rheuma auf einer Alteration des



Blutes beruhe, dürfte es läugnen, dass Magenkatarrh und Rheumatismus eine höchst missliche Complication für den syphilitisch Erkrankten abgeben. Somit hoffe ich in ehrlicher Absicht beigetragen zu haben, darzuthun, wie gravirend die Anamnese in Verlauf und Prognose der Syphilis eingreift. Endlich sei es mir gestattet, einige Worte über locale Einreibungen von grauer Salbe mitzutheilen, ein Verfahren das ich häufig mit bestem Erfolge anwende. Wie aus der Behandlung beider Fälle ersichtlich ist, habe ich noch vor dem Auftreten allgemeiner Krankheitserscheinungen Quecksilber angewendet. Obwohl die leitenden Grundsätze für die Vorschrift, die Mercurialpräparate erst beim Auftreten syphilitischer Allgemeinerscheinungen darzureichen, mir bekannt sind, erkläre ich mich doch ein Anhänger der frühzeitigen Anwendung derselben zu sein, indem ich die Anschauung jener theile, welche die Syphilis in ihrem ersten Auftreten für ein rein örtliches Uebel betrachten. Die Anschauung gewinnt um so mehr an Wahrscheinlichkeit, als Auspitz in seiner jüngst publicirten Arbeit (Arch. f. Syph. u. Derm. Heft III. 1877) darthut, wie man durch Excision der Sclerose einerseits manchmal das Auftreten von Allgemeinerscheinungen ganz verhindert, andererseits ihre Bösartigkeit mildert. Ohne eigentlich auf die Art der Wirkung dem Organismus einverleibter Mercurialpräparate näher einzugehen, ob dieselbe rein antisyphilitisch oder etwa tonisirend sei, will ich nur darauf hinweisen, dass unter deren Einflusse sowohl primäre Injectionen, wie auch syphilitische Früh- und Spätformen zum Schwunde gebracht werden. Es scheint somit zwischen der Procedur der Excision von Sclerosen und frühzeitiger Inunction eine Aehnlichkeit der Wirkung zu bestehen, die ihre Erklärung in dem Umstande findet, dass beide den das Blut durchseuchenden Herd günstig umstalten. Direct den Ursprungssitz der Krankheit und deren weitere Communicationswege heilend in Angriff zu nehmen, ist der die örtlichen Einreibungen bestimmende Gedankengang, welcher sicherlich auch Degrilhem (Geschichte und Schicksale der Inunctionskur — F. A. Simon) veranlasst hat, an Vorhaut und Ruthe zweimal täglich Einreibungen von grauer Salbe je 4 Grm. vornehmen zu lassen. Genannter Autor verherrlicht diese Methode mit der Versicherung, dass syphilitische Frühformen nach zwölf und Tertiärerscheinungen ganz entschieden (? !) nach 25 Tagen schwänden. Wären diese Angaben Wahrheit, so würden

die Schattenseiten eines solchen Verfahrens gar nicht in die Wagschalle fallen und die Nachahmer würden, statt sich zu lichten, an Zahl wachsen. Das Kneten und Massiren, ein nicht zu umgehendes Attribut der Inunction, gibt für die in der Leistengegend befindlichen vergrösserten Leistendrüsen ein gewiss nicht zu unterschätzendes Moment ab.

Wenn die Methode der Massage bei vielen Entzündungsvorgängen sich dadurch bewährt, dass die Krankheitsprodukte in Folge mechanischer Reizung zertheilt und resorbirt werden, so ergibt sich auch daraus der günstige Einfluss eines analogen Vorganges auf syphilitische Krankheitsprodukte, beziehungsweise die Verkleinerung der Lymphdrüsen im Allgemeinen, in specie der Inguinaldrüsen, die sich bei primärer Infection vorfinden. Fügen wir noch den wohlthätigen Einfluss der Mercurialpräparate auf den Verlauf der syphilitischen Erkrankung hinzu, so hätten wir Alles erwähnt, wodurch die localen Inunctionen von grauer Salbe schon frühzeitig bei Constatirung der Erkrankung sich empfehlen. Ich erkläre jedoch ausdrücklich, dass ich durchaus kein Lobredner allgemeiner Inunctionen im Anfangsstadium der syphilitischen Erkrankung bin und das Darreichen von Mercurialpräparaten erst dann empfehle, wenn die syphilitischen Allgemeinerscheinungen ausgeprägt sind. Nur in der Weise ist es möglich, die Missbräuche einzudämmen, denen frühzeitiges Darreichen von Mercurialpräparaten ein überaus weites Gebiet eröffnet und welche das Wohl solcher Menschen schädigen, die durch die syphilitische Erkrankung ohnehin schwer geprüft und bitter heimgesucht wurden. Wäre die Diagnose einer jeden syphilitischen Erkrankung nicht nur möglich sondern auch unumstösslich festzustellen, so wäre ich auch ein feuriger Anhänger des frühzeitigen Darreichens von Mercurialpräparaten und der localen Inunction. Die Kehrseite der Einreibungen in die Leistengegend bilden die hiedurch hervorgerufenen Eczeme, das denselben beigesellte schmerzhafte Jucken und schliesslich die Unbequemlichkeit, welche entsteht durch Inunctionen von Salbe in ein verhältnissmässig so kleines Hautgebiet. Die Einwendung jedoch, dass die geringe Zahl der Talgdrüsen und deren Fettsäure die Möglichkeit der Aufnahme von Quecksilber in das Blut verringere, kann einer ernsten Kritik kaum erheblichen Widerstand leisten.





Ueber Quecksilber-Räucherungen.

Von

Dr. Heinrich Paschkis

emer. Assistent der Klinik v. Sigmund's in Wien.

Die Hoffnung, ein Mittel zu finden, welches vielleicht im Stande wäre, Syphilisformen, die durch die bekannten Mittel schwer oder nicht heilbar sind, zum Schwinden zu bringen, hat mich bewogen, mit Zustimmung und gütiger Erlaubniss meines hochverehrten Lehrers, Herrn Prof. v. Sigmund, einige Versuche mit einer Methode zu machen, die wenn auch schon uralt, erst in neuerer Zeit durch die Anpreisung ihres Vertreters Langston Parker wieder zu Ruf und Namen in der Syphilido-Therapie gekommen ist.

Die folgenden Zeilen sollen die betreffenden Krankengeschichten und am Schlusse derselben die nothwendigen allgemeinen Anmerkungen zum näheren Verständniss der ersteren enthalten.

1. W. F. 28 J., Schneidergehilfe, aufgenommen am 18. Dec. 1876, mit Phimose und Sklerose, eminenter universeller Lymphdrüsenanschwellung, papulösem Hautsyphilid und Haarausfall. 8. Jän. 1877. Circumcision 23. Jän. Circ.-cis.-Wunde vernarbt. Syphilid zunehmend, kleine miliäre bis linsengrosse Knötchen, deren Decke theils silberglänzende Schuppen sind, theils zu einem Bläschen aufgehoben ist; manche sind mit einer mehr oder weniger braunen Kruste bedeckt. Einreibungen mit grauer Salbe. 6. Febr. Syphilid noch immer zunehmend, insbesondere im Gesichte hie und da mit Schuppen und Krusten bedeckte Infiltrate. 15 Einr., ausgesetzt. 14. Febr. Innere Organe normal, erste Räucherung mit 5 Grm. Calomel. 20. Febr. 5 Räucherungen, die Infiltrate abnehmend. 25. Febr. 10. Räucherung, Papeln am Stamme flacher, Zahnfleisch geschwellt, am Saume nekrotisch. 1. März 12. R. ausgesetzt. 16. März.



Zahnfleisch rein. Syphilid bis auf braune Pigmentflecke rückgängig. Körpergewicht während der Cur um 2 Kilogr. gesunken, steigt nach Beendigung derselben wieder. Am 23. April geheilt entlassen.

2. Sch. A. 24 J., Fleischer, aufgenommen am 5. Febr. 1877, mit einer vernarbten Sklerose, papulösem Hautsyphilid, Pusteln am behaarten Theil der Kopfhaut und Harnröhrenblennorrhoë. Innere Organe normal. 15. Febr. 1. Räucherung mit 5 Grm. Calomel. 28. Febr. 11. R. die sehr derben weit über das Hautniveau vorspringenden Infiltrate bedeutend flacher geworden. Zahnfleisch geschwellt. 7. März 15. R. Syphilid vollständig abgeflacht. Am rechten hinteren Kieferwinkel ein stomatitisches Geschwür. Räucherungen ausgesetzt. 17. März. Urticaria an Händen und Füssen. 5. April Syphilis am Stamme vollständig geschwunden. Zahnfleisch und Tonsillen normal. 13. April geheilt entlassen.

3. K. D. 34 J. Kutscher, aufgenommen am 13. März 1877, mit Phimose und Sclerose, mit einem grossmaculösen hie und da elevirten Hautsyphilid, mit Papeln an der Stirne und an der Kopfhaut und dergleichen exulcerirten an den Mundlippen, am Scrotum, an der Innenfläche beider Oberschenkel und am After. 14. März Circumcision. 21. März. 1. Räucherung mit 5 Grm. Calomel. 25. März 4. R. Syphilid am Stamme abgeblasst, Papeln an den Genitalien in der früheren Ausdehnung fortbestehend. 28. März 7. R. Circumcisionswunde vernarbt, Papeln am Scrotum und den Genitocruralfalten vertrocknet. Psoriatische Stellen am Oberkörper fast sämmtlich regressiv. Papeln an den Lippen überhäutet, an ihrer Stelle lividrothe Infiltrate, Zahnfleisch geschwellt, am Saume eitrig belegt. 5. April 15. R. Papeln am After vollkommen rückgängig. 10. April sämmtliche Erscheinungen geschwunden, nur an Stelle der Papeln in den Genitocruralfalten noch seichte bräunliche Infiltrate. 20. April R. ausgesetzt; um die letzten Infiltrate zu beseitigen, Sublimatsolution. Bis zu diesem Tage wurde nirgends local behandelt. Am 24. April geheilt entlassen.

4. H. J., 46 J., Taglöhner, aufgenommen am 16. März 1877 mit grossmaculösem Hautsyphilid, mit theils exulcerirten, theils erodirten, hie und da auch schuppenden Papeln an den Mundlippen, am Scrotum, am After und an der Innenfläche beider Oberschenkel, mit Pusteln an der behaarten Kopfhaut, mit einer ganz enormen universellen Drüsenschwellung und areolärem Haarverlust. Das Zahnfleisch geschwellt, der Mund unrein gehalten. 21. März 1. R. mit 5 Gramm



Calomel. 26. März 5. R. Papeln an den Genitalien fortbestehend, Syphilid am Rücken blässer, Excoriationen am ganzen Stamme, Jucken nach starkem Schweisse, Zahnfleisch geschwellt, nicht nekrotisch. 3. April 12. R. Syphilid überall geschwunden, Papeln überhäutet, Drüsenschwellungen fortdauernd, reichliche Kratzeffecte am ganzen Stamm. 12. April 20. R. Drüsenschwellungen bedeutend geringer, sonst keine Syphilis-Symptome, Therapie ausgesetzt. 5. Mai Excoriationen am Stamme verschwunden. Die Drüsenschwellung hat noch mehr abgenommen. Das Körpergewicht während der Behandlung um 4 Kilo gesunken, bis nun um 1 Kilo gestiegen. Geheilt entlassen.

5. M. F., 28 J., Kutscher, aufgenommen am 7. März 1877 mit papulösem Hautsyphilid (Pigmentsyphilid) und eminenter Chloranämie (Syphiliscachexie) und mit Psoriasis der Fusssohlen, rechtsseitiger Epididymitis und Urethralblennorhöe. 21. März 1. R. mit 5 Gramm Calomel. 29. März 7. R. Flecken am Stamme fortbestehend. 10. April 20. R. Fleckensyphilid geschwunden, Psoriasis rückgängig. Trotz eines Gewichtsverlustes von 4 Kilogramm sieht Patient besser aus, hat gute Hautfarbe und fühlt sich kräftiger. Räucherungen ausgesetzt, die Epididymitis ist gleichfalls rückgängig. Im Harn noch Sediment. 9. Mai geheilt entlassen.

6. B. G., 30 J., Hauerssohn, aufgenommen am 2. April 1877, war erst vor einem Monate von derselben Abtheilung entlassen. Dieser letzte Spitalsaufenthalt betrug 7 Monate. Patient hatte damals eine gangränöse Phimose, Papeln am ganzen Stamme und eine enorme universelle Drüsenschwellung. Im Verlaufe der Behandlung entwickelte sich ein grossmaculöses Syphilid und Pusteln am Kopfe. Die angewandten Mittel waren Circumcision, Carbol, 20 Einr., Jodkali int. Nunmehr am 2. April brachte der abscheulich vernachlässigte Kranke die letzteren Formen abermals mit, nur noch vermehrt durch reichliche Pusteln im Gesichte, exulcerirte Papeln am After, am Scrotum und an den Brustwarzen (!), Eiterblasen (Pemphigus) an beiden Ellbogen, Psoriasis beider Handteller und Geschwürchen am weichen Gaumen. 19. April 1. R. mit 5 Gramm Calomel. 24. April 5. R. Krusten an der behaarten Kopfhaut geschwunden, an ihrer Stelle rothe, schön gruppirte Infiltrate. 3. Mai 11. R. Das Syphilid am Stamme ist vollständig abgeblasst. Die papulösen Efflorescenzen an beiden Brustwarzen bis auf derbe Infiltrate rückgängig, ebenso die Blasen an den Ellbogen. Das Zahnfleisch etwas geschwellt, aufge-

lockert. 16 Mai 20. R. Die eben erwähnten Infiltrate sind bedeutend geringer geworden, die exulcerirten Papeln am After und den Genitalien überhäutet, die Räucherungen werden ausgesetzt, und nachdem bis jetzt keine locale Behandlung stattgefunden hat, Sublimatsolution auf die Stellen applicirt, um sie zur vollständigen Rückbildung zu bringen. Am 26. Mai Furunkel am linken Oberschenkel. Am 29. Mai keine manifesten Syphilis-Erscheinungen, am Kopfe rothe, nicht infiltrirte Flecke, ebenso bräunliche an der Brust und an den Genitalien Geschwüre im Munde vernarbt, geheilt entlassen mit einem Körpergewichtsverlust von 4 Kilogramm.

7. B. A., 45 J., Schiffmann, war am 14. Mai mit einem Ulcus fistul. am linken Oberarme auf die zweite chirurgische Abtheilung des Herrn Prof. Salzer aufgenommen worden. Dasselbe wurde ausgeschabt, zeigte aber keine Tendenz zur Heilung. Dr. v. Reuss, Assistent dieser Abtheilung zog mich zu Rathe, und nach festgestellter Diagnose wurde der Kranke auf unsere Abtheilung transferirt. Er zeigte eines von jenen merkwürdigen serpiginösen Syphiliden, die sich mitunter auf einzelne Partien des Körpers beschränken, der Therapie oft den hartnäckigsten Widerstand entgegensetzen. Der linke Arm war von den Fingerspitzen bis zu der Schulter bedeckt mit kleinen lividen Knötchen oder kreis- und bohnenförmigen Geschwürchen, einzelne zu grösseren, derartigen Flecken aggregirt. Im Centrum einer solchen Gruppe waren die Geschwüre durch eine blaurothe Narbe ersetzt. Ueber dem inneren linken Ellbogen war ein etwa wallnussgrosses, gummöses Geschwür. Dieses letztere wurde mit indifferentem Verbandwasser (Borax 1:500) gereinigt und am 25. Mai die 1. R. mit 5 Gramm Calomel gemacht. 8. Juni 7. R. Geschwür am inneren linken Ellbogen bedeutend kleiner geworden, die Tuberkel am Rücken der Hand von ihren Krusten entblösst, mit einer zarten, glänzenden, blaurothen Haut bedeckt. Am Innenrand der Hand ein grösseres, nierenförmiges Geschwür, dieses, sowie alle anderen Wunden reiner. 18. Juni 12. R. Sämmtliche Geschwüre der Vernarbung nahe. Am Handrücken noch einige wie wurmstichige Substanzverluste, die übrigen Knötchen nicht mehr schuppend. 2. Juli 25. R. Alles vernarbt, Narben noch blauroth, resistent, dieselben werden zum Zwecke der vollständigen Involution mit grauem Pflaster bedeckt. Zahnfleisch fast intact, kein Gewichtsverlust. Entlassung am 7. Juli.

8. L. F., 37 J., Ziegeldeckergehilfe, aufgenommen am 14. Mai 1877



mit Orchitis gummosa (Sarkokele) testiculi dextri und mit serpiginösen Geschwüren, Gumma der Haut am linken Unterschenkel und am rechten Arm. Der Patient war im Jahre 1862 an unserer Abtheilung an maculo-papulösem Syphilid, Psoriasis der Handteller und Fusssohlen und exulcerirten Papeln an den Genitalien mit 16 30granigen und eben so vielen 60granigen Einreibungen und local behandelt worden. 28. Mai. An der Aussenseite des linken Kniegelenkes ein etwa nussgrosses fluctuirendes Gumma. 29. Mai Räucherung mit 15 Gramm Zinnober. 2. Juni 4. R. Bei der Punction des eben erwähnten Gummas entleert sich ein geringes Quantum viscider Flüssigkeit; wegen leichter Diarrhöe (Mixt. gummosa c. opio) werden die Räucherungen unterbrochen. 4. Juni 5. R. 6. Juni 7. R. Zahnfleisch am Saume eitrig belegt, die Knötchen am Unterschenkel theilweise vernarbend, andere neu exulcerirt, ebenso die an der rechten Ellbogenbeuge. An dem Hodentumor rechts eine kleine fluctuirende Stelle. 18. Juni 16. R. Sämmtliche Geschwürchen vernarbt, Narben derb, Punctionsöffnung des Gummas geschlossen. Zahnfleisch reiner. 2. Juli 29. R. Die Narben sämmtlich weicher, die Hodengeschwulst nicht mehr fluctuirend, aber noch ziemlich derb, kein Gewichtsverlust. Heilung. Entlassen am 3. Juli.

9. H. J., 23 J., Mechaniker, aufgenommen am 26. Juni 1877 mit Sklerose am inneren Blatte des Präputiums und einer subacuten rechtsseitigen Leistendrüsenentzündung. Locale Behandlung. Jodkali Morgens, Sublimat Abends. 27. Juli. Eine ausserordentlich reichliche Eruption von tief infiltrirten Knoten über die ganze Haut, dazwischen grosse, wie ausgegossene Maculae, beginnende Psoriasis und ein pustulöses Syphilid am Kopfe. Sämmtliche Erscheinungen sind fast über Nacht aufgetreten, die Sklerose immer resistenter, die Adenitis hart, derb, nicht fluctuirend, die bisherige Medication wird ausgesetzt, und der Patient zum Zwecke einer besseren Transpiration in Leintücher und Decken eingehüllt. 1. August. Unter diesen Einwicklungen hat sich das Syphilid auch im Gesichte weiter entwickelt. Die oben erwähnten, tief infiltrirten Papeln sind alle zu mindestens Bohnengrösse angewachsen, zwischen ihnen steht ein ziemlich dicht gruppirtes, klein papulöses Exanthem. Da und dort eine mit Eiter gefüllte Blase. Der höchst robuste kräftige Mensch ist deprimirt, ängstlich, weinerlich. Am 6. August klagt er über Schmerzen in beiden Tibien. 7. August 1. Räucherung mit 15 Gramm Zinnober. 17. August 10. R.

Am Stamme braunrothe, bedeutend weniger infiltrirte, hie und da schuppende Flecken. Pusteln entweder mit Krusten bedeckt oder ganz verschwunden. Syphilid im Gesichte geringer. An der Unterlippe ein hochrother, kaum über die Haut erhabener Fleck. An Stelle der Sklerose ein mehrere Millimeter tiefes, reingranulirendes Loch (Cauteris., Lapis), Zahnfleisch wenig geschwellt. 21. August. Zwei Papeln am weichen Gaumen, Kopfschmerz. 7. September. Das Hautsyphilid nahm im Verlaufe der Behandlung immer mehr ab, so dass es jetzt nach 30 R. bis auf bräunliche Pigmentflecken geschwunden. ist. Die Sklerosennarbe ist noch immer sehr hart, ebenso die Drüsenschwellungen. Am linken vorderen Gaumenbogen Papeln cauterisirt. Am 10. Sept. wurde der Patient (für diesmal) geheilt entlassen.

10. K. A., 41 J., Pferdeknecht, aufgenommen am 14. Sept. 1877 mit Phimose und Sklerose am Rande des Präputiums, mit einem grossmaculösen, hie und da papulösen Hautsyphilid, Psoriasis der Handteller und Fusssohlen mit universeller eminenter Drüsenschwellung, diphtheritischen Papeln am weichen Gaumen und an den Tonsillen. Der höchst herabgekommene, schmutzige, verwahrloste Mensch hatte ausserdem reichliche luxurirende, exulcerirte Papeln an der Haut des Penis, am ganzen Scrotum, am Perineum, um den After und endlich ein seltenes Vorkommniss, solche nässende Papeln an der ganzen Körperoberfläche, hauptsächlich am Bauche, am Nacken, in beiden Kniekehlen und Ellbogenbeugen und im Gesichte. Das Zahnfleisch enorm geschwellt, eitrig belegt. Die ersten 4 Tage wurden zur Vermenschlichung des Individuums verwendet und am 18. September fand die erste Räucherung mit 15 Gramm Zinnober statt. 26. Sept. 8. R. Ein grosser Theil der exulcerirten Papeln am Stamme überhäutet, mit dicken Krusten bedeckt, an manchen Stellen nur mehr livide Pigmentationen; Papeln am Scrotum und an der Cutis penis grösstentheils überhäutet. An den Extremitäten bestehen dieselben, so wie die Psoriasis der Handteller und Fusssohlen noch fort. Cauterisation am weichen Gaumen. Zahnfleisch geschwellt, nicht eitrig. 29. Sept. 10. R. Zahnfleisch stark geschwellt, am Rande nekrotisch. 3. October Erscheinungen am Zahnfleisch zunehmend. 14. R. unterbrochen. — Circumcision wegen nicht rückgängiger Phimose. 10. October. Wunde in der ganzen Ausdehnung per primam geheilt. Psoriasis der Handteller und Fusssohlen in hohem Grade fortbestehend. Sublimatcollodium (1:8). Am 19. October werden wegen Persistenz des

Syphilids bei reinem Zahnfleische die Räucherungen mit der 15. wieder aufgenommen und bis zum Schwinden des Exanthems fortgesetzt. 26. October 22. und letzte R. Während der nächsten 4 Wochen war die Psoriasis der Handteller und Fusssohlen und einige Papeln am weichen Gaumen und den Tonsillen Gegenstand der localen Behandlung. Heilung am 23. November 1877.

11. S. A., 25 J., Taglöhner, aufgenommen am 1. Mai 1877 mit sehr grosser Sklerose an der Eichel und dem inneren Blatte der Vorhaut und Paraphimose. 9. Mai Sklerose grösser, klein papulöses Syphilid. Am 15. Mai 1. Einreibung mit grauer Salbe. 20. Mai Syphilid reichlicher. Universelle Drüsenschwellung. 5. E. 27. Mai circumscripte Infiltrate an beiden Fusssohlen. Zahnfleisch geschwellt, am Saume nekrotisch. 17. Juni 29. E. Wunden vernarbt, Sklerosen noch enorm hart. Drüsenschwellung geringer geworden. Hautsyphilid geschwunden. Alopecie eminent. Unterbrechung der Behandlung. Am 23. Juni war das Syphilid schon wieder erschienen. Patient erhielt Sublimat int. Trotz der Behandlung nimmt das Exanthem zu und verändert seine Form. Am 20. August erschienen am Rücken reichliche grosse, lividrothe Infiltrate, in welchen einzelne kleine, glänzende, mit Schuppen bedeckte Knötchen sitzen. Am 28. August. Immer weiteres Fortschreiten, so auch miliäre Papeln im ganzen Gesichte. Am 2. Sept. 1. Räucherung mit 15 Gramm Zinnober. Es findet kaum eine Aenderung im Status statt. Am 22. Sept. findet sich in der Krankentabelle folgende Stelle: Das gruppirte Kleinknötchensyphilid an der Rückseite des Stammes, an den Oberextremitäten und im Gesichte besteht fast unverändert fort. Während im Centrum der einzelnen Gruppen die Knötchen bis auf rothbräunliche Pigmentationen fast ohne Infiltrat zurückgebildet sind, erscheinen an der Peripherie derselben immer neue, je weiter vom Centrum entfernt desto disperser stehende, hell- bis braunrothe, tief infiltrirte Knötchen, welche da und dort mit einer kleinen, silberglänzenden, ziemlich fest haftenden Schuppe bedeckt sind. Die Sklerosen bedeutend weicher und kleiner. Die Lymphdrüsenschwellung besteht noch fort. In einigen ähnlichen Fällen bei chloranämischen, cachektischen, ausserdem mit Drüsenschwellungen behafteten scrophulösen Syphilitischen hatte ich die Solut. arsenical. Fowl. mit Tinct. malt. Ferr. zu gleichen Theilen in steigender Dose mit Erfolg angewendet, und so wurde auch hier die Behandlung bei 20 R. unterbrochen, um das neue Mittel zu ver-



suchen. — Das Exanthem nahm aber auch unter der neuen Therapie seinen Verlauf wie bisher. Verschwinden von bestehenden, Auftauchen von neuen Knötchen wiederholte sich in mehreren Cyklen. Auch die locale Behandlung mit Sublimatcollodium, Abreiben mit weisser Präcipitatsalbe liess im Stich. Am 30. November waren Ellbogen, Gesicht und Schultern noch bedeckt mit Exanthem. Der Kranke wurde endlich am 9. December nach 7monatlichem Aufenthalte im Krankenhause entlassen.

12. S. F., 22 J., Spänglergehilfe, aufgenommen am 23. August 1877 mit Phimose und Sklerose, Psoriasis an Handtellern und Fusssohlen, und diphteritischen Papeln am weichen Gaumen und an den Tonsillen. An der Haut der Extremitäten und des Stammes ein reichliches papulöses Syphilid älteren Datums, zwischen dessen blassrothen nur wenig mehr infiltrirten Efflorescenzen einige dunkelkupferrothe. über das Hautniveau ziemlich hervorspringende, mit silberglänzenden Schuppen bedeckte, an einigen Stellen excoriirte verkrustete Papeln neuen Datums sitzen. 28. August Circumcision. 10. Sept. Wunde vernarbt. 13. Sept. 1. Räucherung mit 15 Gramm Zinnober. 22. Sept. 8. R. Syphilid am Stamme allmälig erblassend, Papeln und Pusteln insbesondere an den unteren Extremitäten livid, blauroth, bräunlich, da und dort mit kleinen Schüppchen bedeckt, höchst eminente Psoriasis an beiden Fusssohlen fortbestehend. An den Tonsillen circumscripte epitheliale Trübungen, Zahnfleisch geschwellt. 26. October 31. Räuch. Syphilid vollkommen geschwunden, Psoriasis an beiden Fusssohlen geringer. Sublimatcollodium. 13. November Heilung.

13. H. A., 34 J., verheiratet, die Gattin des oben sub Nr. 4 erwähnten H. J., aufgenommen am 16. März 1877 mit exulcerirten Papeln an den Genitalien und mit einem sehr massenhaften maculopapulösen Syphilid an der ganzen Haut und sehr bedeutender universeller Lymphdrüsenschwellung. Am 21. März 1. R. mit 5 Gramm Calomel. Am nächsten Tage klagte die Patientin über Schmerzen beim Athmen. Objectiv nichts nachweisbar. Am 26. März 2. R. Patientin klagt über rechtsseitige Kopfschmerzen und Otalgie. Am 30. März 6. R. Syphilid insbesondere an der Vorderseite des Stammes erblassend. 31. März Menses. Räucherungen unterbrochen. 9. April 9. R. Syphilid am Stamme fast geschwunden, Papeln an den Genitalien vertrocknet, an ihrer Stelle blaurothe, wenig infiltrirte Flecken.



Zahnfleisch geschwellt, am Saume eitrig belegt. 12. April 12. R. Syphilid am Körper, sowie an den Genitalien vollständig verschwunden. Die beim Eintritt sehr schlecht genährte Patientin hat 1 Kilogramm Körpergewicht gewonnen. 5. Mai Entlassung.

14. V. A., 25 J., Magd, aufgenommen am 18. Juni 1877 mit einem ganz frischen papulösen Hautsyphilid, mit eminenter Drüsenschwellung und mit Psoriasis an beiden Fusssohlen. Die höchst verwahrloste Kranke hatte ausserdem an den grossen und kleinen Labien Papeln, welche theilweise zu nekrotischen Geschwüren zerfallen waren. 22. Juni 1. R. mit 15 Gramm Zinnober. 23. Juni 2. R. Menses. 26. Juni Geschwüre und die Papeln an den Genitalien, die nur mit 1 % chlorsaurer Kalilösung gereinigt und mit trockener Watte bedeckt worden waren, sind nach der 5. R. rein. Am 3. Juli 12. R. Papeln an den Genitalien ganz verschwunden, an Stelle der Geschwüre sehr geringe Infiltrate. 11. Juli 16. R. Syphilid am Stamme bis auf bräunliche Pigmentflecke rückgängig. Genitalien rein. Psoriasis in mässigem Grade fortbestehend. Dunstumschläge auf die Fusssohlen. Allgemeine Therapie ausgesetzt. 22. Juli an den Tonsillen und dem hinteren Gaumenbogen links 2 ulcerirte Papeln. Cauterisation. 9. August geheilt entlassen.

15. F. M., 19 J., Taglöhnerin, aufgenommen am 18. Juli 1877. Wuchernde, geschwürig zerfallende, diphtheritisch belegte Papeln an den grossen und kleinen Labien, in beiden Schenkelschamfalten, am Schamberge und am Bauche, eben solche am After, an den Hinterbacken, um den Nabel herum; überhaupt waren solche Papeln, welche zwischen einem zu Kreisen und Haufen gruppirten Kleinknötchensyphilid sassen, über die ganze Haut zerstreut. An den oben angeführten Orten waren sie aber ausserordentlich gross und schön entwickelt, so besonders in beiden Achselhöhlen, wo sie jederseits einen über nussgrossen Tumor darstellten. Ausserdem war universelle Drüsenschwellung, Psoriasis an Handtellern und Fusssohlen, eine mässige Gingivitis und luxurirende, exulcerirte Papeln an den Gaumenbögen und Tonsillen zu constatiren. 25. Juli 1. R. mit 15 Gramm Zinnober. 17. August 15. R. Sämmtliche exulcerirte Papeln am Stamme überhäutet, an ihrer Stelle theils leicht hyperämische Stellen, theils bräunliche Infiltrate. Papeln an den Genitalien bis auf's Hautniveau, die am After etwas abgeflacht, alle vollständig überhäutet. Zahnfleisch nicht



mehr geschwellt. 30. August 27. R. Hautsyphilid vollständig geschwunden, Papeln an den Genitalien und am After bis auf seichte Infiltrate rückgängig, die Knoten unter beiden Achseln fast vollständig abgeflacht. Räucherungen ausgesetzt. Bepinselungen mit Sublimatsolution (1:8). 20. Sept. Zahnfleisch gar nicht geschwellt, geheilt entlassen.

16. K. W., 20 J., Handarbeiterin, aufgenommen am 27. August 1877 mit Sklerose, erodirten Papeln an den Schamlippen, eminenter Drüsenschwellung, reichlichem papulösem Hautsyphilid und Psoriasis an Handtellern und Fusssohlen. 2. Sept. Menses. 11. Sept. 1. R. mit 15 Gramm Zinnober. 19. Sept. Zahnfleisch stark geschwellt. 20. Sept. an den Innenflächen beider Oberschenkel stark juckendes Eczem, angeblich Schmerzen im Munde, 10. R. ausgesetzt. 26. Sept. 11. R. an den Mundlippen Rhagaden, graues Pflaster. 1. October 15. R. Syphilid an der Haut bis auf bräunliche Pigmentflecken rückgängig. Papeln an den Genitalien schuppend, ebenso die Psoriasis. Die Sklero-Adenitis bedeutend geringer geworden. 9. October 21. R. ausgesetzt. Auf die noch ein wenig schuppenden Papeln und Psoriasis Einreibungen von reicher Salbe. 19. October. Bis auf leichte, nicht schuppende und auch nicht scharf umschriebene Röthungen an der inneren Seite der Fusssohlen und Knöchel keine weiteren Erscheinungen von Syphilis. 23. October geheilt entlassen.

17. W. M., 21 J., Köchin, aufgenommen am 26. Juli 1877. Luxurirende, exulcerirte, confluirende Papeln an den Genitalien, beiden Schenkelschamfalten, am Perineum, am After, an der Vaginalportion, an der Oberlippe des Mundes und an den Gaumenbögen, ein grossmaculöses figurirtes Hautsyphilid, Psoriasis an den Fusssohlen und universelle Drüsenschwellung. 1. August 1. R. mit 15 Gramm Zinnober. 6. August 5. R. Papeln an der Oberlippe überhäutet, Syphilid am Stamme erblassend. Menses. 18. August 12. R. Sämmtliche Papeln überhäutet. Geringe Schwellung des Zahnfleisches. 30. August 22. R. Syphilid am Stamme geschwunden; die Papeln an Genitalien und After bedeutend abgeflacht, an der Oberlippe des Mundes vollständig rückgängig. Psoriasis nicht mehr schuppend. 8. October. Erosionen an der Vaginalportion noch vorhanden; ebenso Infiltrate an den Fusssohlen und an den Genitalien. 26. R. ausgesetzt. Local Sublimatsolution und Sublimatcollodium, sodann als Allgemeinbehand-



lung subcutane Sublimatinjectionen. Am 19. November nach 29 Injectionen waren jedoch noch immer Erosionen an der Vaginalportion und Infiltrate an den Fusssohlen zu finden und wurde die Patientin am 22. November entlassen.

Zum näheren Verständniss dieser Curmethode diene nun Folgendes:

Nach einigen Tagen, die zur Acclimatisation der Kranken, wenn sie im Krankenhause sind, zur Gewöhnung an die nothwendige Pflege des Körpers, des Rachens, der Nase und des Mundes verwendet werden, erhalten die Patienten ein oder auch je nach dem Zustande der Haut mehrere warme Seifenbäder. Der vollständig entkleidete Kranke nimmt Platz auf dem Gerippe eines Stuhles ohne Lehne, dessen fehlendes Sitzbrett durch zwei schmale parallele Leisten ersetzt ist; der Stuhl ist so hoch, dass die Füsse des Patienten den Boden nicht berühren. Sodann wird der Kranke mit einem krinolinenförmigen Mantel umhüllt; in den unteren Saum dieses Mantels ist entweder ein Stahlreif, oder noch besser Bleistückchen oder Schrotsäckchen eingenäht. Ursprünglich war diese Hülle aus Kautschuk verfertigt, später aber habe ich eine aus dichtem Barchent verwendet, die vor jedem Gebrauche in lauwarmes Wasser eingetaucht und dann ausgewunden wurde. Letzteres geschieht, um sie möglichst undurchgängig für die sich entwickelnden Dämpfe zu machen. Ich ziehe den befeuchteten Barchentmantel dem aus Kautschuk oder aus Wachstuch nach Parker verfertigten wegen seiner Schmiegsamkeit und der möglichen Reinigung vor. Ursprünglich wurde der Mantel dem Pat. nur umgehängt, später aber habe ich ein abgestutzt pyramidenförmiges Lattengerüst machen lassen, welches den Mantel hält; dieser wird dann noch am Halse des Patienten durch ein Tuch geschlossen und befestigt.

Auf den Fussboden zwischen die Sesselbeine wird ein kleiner Dreifuss und darauf ein kleines Porzellanschälchen zur Aufnahme des Pulvers gesetzt und zum Schluss endlich eine kleine Weingeistlampe daruntergestellt.

(An Stelle dieses höchst einfachen Heizapparates stand früher ein Kohlenbecken mit durchlöchertem Deckel in Verwendung. Das Medicament wurde auf glühende Holzkohlen selbst gestreut. Die

grosse direct auf den nackten Körper wirkende Hitze machte das Becken für die Kranken, die Unbequemlichkeit der Manipulation diese für den Arzt unangenehm.)

Die Räucherungen wurden in der rauhen Jahreszeit in einem hellen, ziemlich kleinen mässig erwärmten Zimmer vorgenommen, welches zwischen Z.-Nr. 72 und 73 der Syphilisabtheilung gelegen ist; später im Sommer auch in einem abgeschlossenen Corridor. Während der Dauer der Räucherungen waren Fenster und Thüren geschlossen, nach denselben beide geöffnet. Anwesend waren ich und eine Wärterin. Einigemale war Herr Dr. Fürth so freundlich mir zu assistiren. Die angewendeten Präparate waren Calomel und Zinnober, ihre Menge 5—15 Gramm. Bei dem ersteren waren keine weiteren Vorsichtsmassregeln nöthig, beim Zinnober aber bekamen die Kranken wegen der sich bildenden Dämpfe von schwefliger Säure einen feuchten Schwamm vor den Mund. Die Zeit, während welcher die Kranken den Dämpfen ausgesetzt waren, war im Anfange mit 10 Minuten normirt. Später aber, als wir sahen, dass die Patienten davon wenig oder gar nicht belästigt wurden und insbesondere bei schwereren Fällen wurde sie bis auf 20—25 Minuten ausgedehnt. Unmittelbar nach der Procedur wurde der Kranke nackt zu Bett gebracht, in Leintücher eingehüllt und blieb so durch 3 Stunden liegen, worauf er frische Wäsche erhielt.

Was die Anzahl der Räucherungen betrifft, die nothwendig sind, um eine Form zum Schwinden zu bringen, so lässt sich das ebensowenig genau bestimmen, als sich die zu demselben Zwecke nöthige Zahl von Einreibungen oder subcutanen Injectionen angeben lässt. Ich kann nur sagen, dass in der Regel 20 Räucherungen genügen, doch hängt das ausser der Art der Erkrankung auch noch von der Dauer der einzelnen Sitzungen, von der Quantität und Qualität des verwendeten Präparates ab.

Wie aus den oben angeführten Krankengeschichten zu ersehen ist, waren die ausgewählten Fälle vorerst leichtere Frühformen der sogenannten secundären Syphilis, also leichte zerstreut maculöse und papulöse Exantheme und die dazu gehörigen Schleim- oder nässenden Papeln, von den Spätformen waren es insbesondere die aus tief infiltrirten Papeln oder aus hingegossenen Flecken bestehenden Exantheme, nicht weniger die gruppirten Kleinknötchen-Syphilide, die Pusteln und Blasen. Ich kann nicht umhin,



an dieser Stelle auf die beiden auch für erfahrene Syphilidologen seltenen und merkwürdigen Fälle Nr. 10 und 15 hinzuweisen. Es waren dies Fälle von reichlichem Exanthem von exulcerirten Papeln, wie man sie sonst nur an Genitalien und am After findet, am ganzen Körper. Endlich auch zwei Fälle von Gummen, in deren einem die Bildung derselben auf die Haut beschränkt war, im anderen auch Knochen und Hoden ergriffen hatte.

Die meisten Fälle waren solche, bei denen noch keine allgemeine Behandlung stattgefunden hatte und nur in 2 Fällen (2 und 11) schritt ich zu Räucherungen, weil mich die Einreibungscur im Stiche gelassen hatte. Selbstverständlich wurden vor Beginn der Cur die inneren Organe genau untersucht. Ein gewisser Erfolg trat in der Regel schon nach wenigen (6—8) Räucherungen ein, und zwar bestand dieser in Folgendem. Die Infiltrationen nahmen und zwar bedeutend ab, Papeln oder Pusteln vertrockneten, hörten auf zu schuppen, Flecken blassten ab. Gummöse Geschwüre reinigten sich und wurden bedeutend kleiner. Die tiefer infiltrirten Stellen bedurften öfterer Räucherungen. In einigen Fällen habe ich auch leichtere Grade von Papeln der Mundschleimhaut und von Psoriasis verschwinden gesehen, in der Regel bedurften diese beiden Formen einer Unterstützung durch andere locale Medicamente, wie wir ja das auch bei anderen universellen Therapien sahen. Hartnäckige Fälle von Psoriasis blieben auch dieser Medication gegenüber wenigstens theilweise stationär.

Auch die Sklerosen zeigten gegen die Räucherungen dasselbe Verhalten, wie gegen andere allgemeine Curmethoden. Die Indurationen werden durch die Anwendung aller bis jetzt bekannten Mittel in ihrer Rückbildung eben nur wenig beschleunigt. Sehr hart indurirte Lymphdrüsen haben bei uns nur in wenigen Fällen eine bedeutende Abnahme erlitten (z. B. Fall Nr. 4), bei einer grösseren Beobachtungsreihe dürfte man vielleicht zu besseren Resultaten kommen, wie sie manchmal etwa bei der methodischen Einreibungscur zu finden sind.

Eine ganz besonders vorzügliche Wirkung war bei den exulcerirten Papeln an den Genitalien und am After und in der Gegend derselben zu constatiren. Es ist bekannt, dass es bei diesen Affectionen erst nach langwieriger Reinigung, Cauterisation gelingt,



gut aussehende Geschwüre zu erzielen und dass es dann erst noch einer nicht geringen Zeit bedarf, diese und die einfach erodirten Papeln zur Ueberhäutung zu bringen. Ich habe nun bei den Räucherungen von der bezüglichen localen Behandlung ganz abgesehen und Geschwüre und Papeln waren in überraschend kurzer Zeit oft nach 5—6 Sitzungen vernarbt; nur waren es auch hier die zurückbleibenden tiefen Infiltrate, die eine längere Behandlung und mitunter auch deren Unterstützung durch locale Therapie beanspruchten.

Ich habe aber überhaupt die Beobachtung gemacht, dass die Körperstellen, (Bauch und Rücken, Brust, Genitalien und After) welche am längsten und intensivsten den Dämpfen ausgesetzt waren, am raschesten von ihrer Erkrankung geheilt waren, und dass die anderen Stellen (untere Extremitäten) längere Zeit beanspruchten. Dies war z. B. besonders auffällig in Fall 12, wo die Psoriasis der Handteller geheilt wurde, während die der Fusssohlen wenn auch in geringerer Intensität fortdauerte. Ich glaube aus diesen Thatsachen schliessen zu können, dass gewisse localisirte Affecte der Syphilis sehr vortheilhaft mit Räucherungen behandelt werden könnten.

Die bei jeder Quecksilberbehandlung sehr gefürchtete Einwirkung auf Mund und Rachen wurde von Allen, die die Räucherungen anwendeten, als gerade bei dieser Methode unausbleiblich und sehr heftig dargestellt. Bei unseren Kranken haben wir jedoch nur ein einzigesmal (in Fall 1) eine eigentliche Stomatitis zu beobachten Gelegenheit gehabt; in einigen wenigen Fällen kam es zur Schwellung des Zahnfleisches und zu eitrigem Belag desselben, welche Zustände aber bei verdoppelter Aufmerksamkeit noch während der Behandlung wieder verschwanden, und in der grösseren Mehrzahl der Fälle äusserte das in den Organismus eingeführte Quecksilber gar keine Wirkung auf Zahnfleisch und Mundschleimhaut, ja Kranke, welche mit heftiger Gingivitis in die Behandlung eingetreten waren, verloren dieselbe während der Dauer der Räucherungen. Sonstige üble Wirkungen wurden beobachtet, einmal (Fall Nr. 4) reichliche Excoriationen am ganzen Stamm, wahrscheinlich hervorgerufen durch zu reichliche Schweisssecretion und ein anderesmal (Fall Nr. 16) trockenes Eczem an der inneren Fläche beider Oberschenkel. Eine Otalgie mit rechts-

seitigem Kopfschmerz, als deren Ursache eine sehr wehleidige und weinerliche Patientin (Fall Nr. 13) die Räucherung angab, kann ebensowenig als eine Urticaria (Fall Nr. 1) und eine leichte übrigens bedeutungslose Schwellung der Parotis ausschliesslich auf die Fumigationen bezogen werden. Die körperlichen Functionen erlitten in keinem Falle irgend eine nennenswerthe Störung, die Körpertemperatur und die Herzaction waren ebensowenig geändert (genaue Temperaturtabellen, Pulszählungen und Pulscurvenzeichnungen).

Ueber die Unschädlichkeit der Methode kann ich noch ausserdem durch die Beobachtung meiner eigenen Persönlichkeit ein Wort sprechen. Ich habe nämlich, trotzdem ich über 300 Räucherungen mitgemacht habe, ausser einer leichten Conjunctivitis nicht das geringste körperliche Unbehagen, keine Gingivitis, keine Verdauungstörung davongetragen.

Das Körpergewicht der Kranken nahm hie und da ab, in einigen Fällen aber sogar bis zu 4 Kilogrm. zu; ich kann aber auch die Abnahme nicht als Massstab für eine Verschlechterung der Constitution gelten lassen, weil die anderen massgebenden Factoren derselben, Aussehen, Verdauung, Ernährung der Haut etc. auch berücksichtigt werden müssen. Das zeigte sich ganz besonders auffallend bei Fall Nr. 5, wo ein sehr chloranämischer (Syphilis-) Kranker, trotzdem er während 20 Räucherungen $2^1/_2$ Kilogrm. Körpergewicht verloren hatte, nach der Behandlung mit elastischer frischer Haut und gerötheten Wangen geheilt entlassen wurde.

Bei den Weibern ging die Menstruation ganz normal vor sich und war später durchaus kein Hinderniss für die Vornahme der Procedur auch während der Dauer derselben.

Obwohl von vornherein vorauszusetzen war, dass die Wirkung der Räucherungen nicht blos eine locale, sondern auch eine allgemeine sei, und das Quecksilber auch auf diesem Wege in den Organismus aufgenommen werde, so wollte ich doch auch in dieser Beziehung sicher gehen. Es wurde demgemäss in 3 Fällen (3, 5 u. 8) der Harn nach der Methode Prof. Ludwig's in dessen Laboratorium theils von Herrn Docenten Dr. Löbisch, theils von mir chemisch auf Quecksilber untersucht. Wie selbstverständlich wurden vor Be-

ginn der Behandlung vorläufige Untersuchungen (mit negativem Ergebniss) gemacht. Die charakteristische Reaction wurde in einem Falle schon nach der ersten, in einem anderen nach der dritten, im dritten Falle endlich nach der fünften Sitzung gefunden und haben wir in einem Falle die Ausscheidung, die täglich vor sich ging, während der ganzen Dauer der Behandlung verfolgt. Wie lange Zeit nach der Behandlung die Ausscheidung fortdauere, war vorderhand eben noch nicht zu eruiren.

Das Gesagte lässt sich etwa in Folgendem zusammenfassen: Die Räucherungen mit Calomel oder Zinnober machen eine sehr verwendbare Methode zur Heilung von Syphilisformen aus. Sie eignen sich insbesondere für Affectionen der Haut (und zwar gleichgut für leichtere wie für schwerere Arten) des ganzen Körpers, so auch in der Umgebung der Genitalien und des Afters. Sehr schwere gummöse Erkrankungen, Psoriasis der Handteller und Fusssohlen, Syphiliden der Schleimhäute eignen sich kaum für diese Behandlung. Die primären Sklerosen sowie die indolenten sklerosirten Lymphdrüsen werden durch die Räucherung nur wenig verändert. Die Räucherungen wirken auf die Kranken nicht schädlicher als irgend eine andere Quecksilber-Behandlung. Die gefürchtete heftige Wirkung auf die Mundschleimhaut tritt nur selten ein und lässt sich durch die bekannte prophylaktische Therapie ganz vermeiden. Gegenanzeigen für diese Methode sind bedeutendere Störungen im Bereich der Circulationsorgane, insbesondere organische Herzfehler, Fettherz, atheromatöser Process, Erkrankungen der Athmungsorgane, so chronischer Bronchialkatarrh, Lungentuberculose, pleuritische Exsudate, Leiden des Gehirns, Epilepsie, hochgradige Nervenleiden wie habitueller Kopfschmerz etc. Leichtere Erkrankungen der Lungen, mässiges Emphysem, sowie geringe Krankheiten der Unterleibsorgane, z. B. mässiger Magen- Darmkatarrh schliessen diese Behandlungsweise principiell nicht aus, sondern machen nur Vorsicht in der Auswahl der Präparate und der Art der Anwendung nöthig.

Zum Schlusse endlich noch einige Worte über die Verwendung dieser Methode in anderen Ländern. Im ganzen Orient, in Persien [1]), in Serbien, Rumänien, Bulgarien, der europäischen Türkei, sowie auch hie und da in Russland wurden und werden noch jetzt Räucherungen grösstentheils von Laien, sehr häufig mit Zuhilfenahme von allerlei Hocuspocus durchgeführt. So viel man aus den Erzählungen schliessen kann, ist die Dosis des angewendeten Mittels (Zinnober?) eine sehr grosse und die Dauer der einzelnen Sitzungen eine sehr lange [2]). In Russland werden die Räucherungen in den Dampfbädern ebenfalls von Laien durchgeführt. — Wissenschaftlich und methodisch durchgeführt hat die Räucherungen in England Langston Parker, der einige tausend Fälle auf diese Weise behandelt hat und durchwegs ausgezeichnete Erfolge damit erzielt haben will [3]). Er verwendet gleichfalls Calomel oder Zinnober (1—3 Drachmen), manchmal auch Mischungen beider zu seinen „Mercurial-Dampfbädern." Mit den Quecksilberdämpfen werden bei ihm zugleich auch Wasserdämpfe erzeugt. Ich habe diese Combination, welche die Procedur für den Arzt beschwerlicher macht, durch vor der Cur angewendete Bäder und durch das Einwickeln der Patienten in Tücher nach jeder Sitzung, um die Haut für die Aufnahme des Mittels geeigneter zu machen, ersetzen zu können geglaubt. Parker verwendet die Räucherungen auch bei ambulanten Kranken. In Paris beschäftigt sich Dr. Horteloup mit dieser Methode, die er für eine sehr sichere und einfache erklärt. Er verwendet aus-

---

[1]) Polak rühmt die Wirksamkeit der „Rauchbäder" daselbst; ein von ihm angegebenes Recept lautet:

Rp. Acid. ars. 0,5
Hydr. sulf. rubr. 10,0
Rad. chin. nod. 40,0

Mf. Trochisci No. 8, täglich 2 R. bei inveterirter Syphilis.

cit. nach Waldenburg und Simon, Handbuch der Arzneiverordnungslehre S. 83 und 390 ff.

[2]) Zahlreiche Collegen, die in türkischen Diensten waren und mir manche schätzenswerthe Mittheilungen machten, versicherten, dass manche Kranke oft in 3—4 Sitzungen von dem Uebel wenigstens momentan befreit wurden.

[3]) Langston Parker, The modern treatment of Syphilitic Diseases London 1871. pag. 353 ff.



schliesslich Colomel und beginnt mit 1·25 Grm. um bis höchstens 3·25 zu steigen [1]). In Schottland, Irland und in Amerika [2]) endlich hat Parker eine grosse Menge von Schülern und Nachahmern gefunden, die alle gleich ihm seine Mittel bis in den Himmel erheben. Wenn ich nun auch in die Begeisterung derselben nicht ganz einstimmen kann, so halte ich die Resultate, die ich in meinen allerdings nicht zahlreichen aber gut gewählten Fällen erzielt habe, für zu gut, als dass ich mich nicht bemühen sollte, noch weiter in der Richtung zu arbeiten und zu beobachten, wovon Mittheilung zu machen, wenn wieder genügendes Material vorhanden sein wird, ich nicht unterlassen werde, und behalte ich mir darauf bezügliche Versuche einer späteren Zeit vor.

[1]) Dr. Horteloup, Du traitement de la Syphilis par les fumigations du calomel: Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1875 — 1876. Tome 7. pag. 161 ff.

[2]) W. H. van Buren and E. S. Keyes, Diseases of the genito-urinary organs including Syphilis. pag. 560 ff.



Versuch einer Beurtheilung der Schuppenflechte nach ihren klinischen Charakteren.

Von

Prof. **Eduard Lang,**

Vorstand der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten an der Universität Innsbruck.

Die Schuppenflechte bietet in so vielen Beziehungen Räthselhaftes dar, dass es ganz erklärlich wird, wenn die Dermatologen zum Studium dieser Krankheit sich immer wieder herausgefordert fühlen.

Ich kann mir wohl erlassen, der Arbeiten hier zu erwähnen, die gewiss nur in der Absicht producirt wurden, um den Schleier des Geheimnissvollen an dieser Dermatose lüften zu helfen. Obwohl jede der Arbeiten auch Positives zu Tage gefördert, so kann man doch nicht behaupten, dass sie Genügendes zur Klärung der Krankheit beigetragen hätten. Wir sind somit noch immer darauf angewiesen, an die Beantwortung mancher offen gebliebenen Frage neuerdings heranzutreten und den Gegenstand von immer neuen Gesichtspunkten aus in Behandlung zu nehmen.

Ich für meinen Theil will in folgenden Zeilen den Versuch wagen, die Schuppenflechte nur nach ihren klinischen Charakteren zu beurtheilen, wobei ich sofort bemerke, dass ich beim Studium derselben vieles gefunden habe, was diese Krankheit mit den Dermatomykosen gemein hat und weiter zu der Anschauung gelangt bin, dass selbst diejenigen klinischen Erfahrungen, welche für den ersten Augenblick als der Schuppenflechte ausschliesslich zukommend angesehen werden, auch in Dermatomykosen ihre Analoga aufweisen.

Hiedurch wurde ich zu der Vermuthung gedrängt, dass die Schuppenflechte durch einen in der menschlichen Haut sich an-

siedelnden Pilz bedingt werden mag, und ich will nun durch eine Analyse ihrer klinischen Charaktere den Beweis für die Zulässigkeit meiner Vermuthung erbringen. Bevor ich jedoch hieran schreite, finde ich es für zweckmässig, einiges Allgemeine, die Dermatomykosen betreffend, vorauszuschicken.

Die Dermatomykosen sind — Dispositionen der Haut vorläufig nicht berücksichtigt — als örtliche, und da es sich bei ihnen um eine Localisation auf der Haut handelt, als rein äusserliche Krankheiten anzusehen, was von den übrigen Hautkrankheiten nicht so ohneweiters behauptet werden kann. Während wir bei Eczemen, Lupusen, Urticarien etc. häufig genug allgemeine Ernährungsstörungen oder Erkrankungen einzelner innerer Organe als causae moventes zu constatiren in der Lage sind, fällt es uns bei den Dermatomykosen gar nicht ein, nach einem Zusammenhang in dem Sinne zu suchen.

Selbstverständlich! Denn die Dermatomykosen sind Krankheiten, bedingt durch das Ansiedeln von Pilzen, die ausserhalb des Erkrankten zur Entwicklung gelangten, und die nach ihrer Ansiedlung zwischen den Zellenschichten der Haut und ihrer Anhänge weiter vegetiren. Die Störungen, welche diese pflanzlichen Parasiten veranlassen, sind auch nur locale, in den meisten Fällen auf die zelligen Schichten der Haut beschränkte; und selbst in Fällen von lange bestehendem Erbgrind wird man auch nur Atrophie der tiefer gelegenen Schichten an jenen Stellen finden, wo der Erbgrind gesessen[1]). Lässt sich auch von vorneherein nicht bestreiten, dass Dermatomykosen, die vielleicht $^2/_3$ oder $^3/_4$ der Haut andauernd occupiren und die Function dieses Organes beeinträchtigen, rückwirkend den Organismus schädigen können, so ist doch bestimmt, dass in solchen Fällen die Mitleidenschaft des Organismus erst in secundärer Weise hinzutritt. Wir haben somit bei Betrachtung der Dermatomykosen nur auf die an der Haut sich darbietenden Erscheinungen Rücksicht zu nehmen.

---

[1]) Aber auch das von Piffard beobachtete Zurückbleiben der geistigen und körperlichen Entwicklung beim Erbgrind — was mehr als ein zufälliges Zusammentreffen sein soll — könnte ja auch nur als Folgeerscheinung aufzufassen sein.



Diese Erscheinungen fliessen aber aus Veränderungen, die theils in der Vegetation des Pilzes, theils in den durch diese Vegetation verursachten pathologischen Zuständen des Nährbodens begründet sind.

Der Parasit zieht aus den Zellenschichten der Haut seine Nahrung; es ergibt sich hieraus ein Abhängigkeitsverhältniss zwischen dem Stoffwechsel des Pilzes und dem des Nährbodens.

Vegetirt der Pilz nur sehr träge, dann sind seine Ansprüche auf ernährende Substanzen so bescheidene, dass er an einer und derselben Stelle auch Jahre hindurch sich zu erhalten im Stande ist. — Wir können dann ganz gut von einer ausdauernden Pilzcolonie sprechen.

Selbstverständlich ist die Bezeichnung „ausdauernd“ nur relativ zu verstehen, da trotz der scheinbaren Unveränderlichkeit des occupirten Hautgebietes die Pilzcolonie doch, wenn auch sehr langsam, neue Randpartien in ihren Bereich zieht.

Befinden sich mehrere solche ausdauernde Pilzcolonien in nicht zu grosser Entfernung von einander, so pflegen dieselben, selbst nach einem langsamen Gegeneinanderwachsen, schliesslich ineinander zu fliessen und so eine zusammenhängende Gruppe ausdauernder Pilzcolonien abzugeben.

In vielen Fällen ist aber die Stoffumsetzung in dem Pilze eine lebhafte und es tritt bald eine Erschöpfung des Nährbodens ein; der Pilz stirbt hier ab und es können nun die peripherisch gelegenen Keime nur bei centrifugaler Ausbreitung auf frischen Nährboden stossen. Die Erschöpfung des Nährbodens scheint einige Zeit anzuhalten, während welcher auf dieser Stelle keine neue Pilzansiedlung fortkommt. Die Folge hievon ist, dass solche Pilzcolonien sich in Form von immer mehr sich erweiternden Ringen ausbreiten, wobei die Binnenflächen der Ringe eine in der Erschöpfung des Nährbodens begründete zeitweilige Immunität erlangen. — Diese Pilzcolonien wollen wir zum Unterschiede von den vorigen (in centrifugaler Richtung) continuirlich fortwachsende nennen.

Stossen zwei benachbarte continuirlich fortschreitende Pilzcolonien während ihres centrifugalen Wachsthums aufeinander, so übertreten die angrenzenden Bogentheile im Weiterschreiten gegenseitig auf von der Nachbarcolonie verlassenen, weil erschöpften



Nährboden und sterben ab. Aus der Immunität des Binnenraumes Einer fortschreitenden Pilzcolonie ergibt sich somit die Immunität der Interferenzgebiete zweier oder mehrerer solcher continuirlich fortschreitenden Pilzansiedlungen von selbst.

Das ist meiner Ansicht nach der Grund der hauptsächlich von Hebra (Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte 1854, 2. Bd. S. 481) betonten, aber nicht weiter erklärten Erscheinung, dass bei den Dermatomykosen die gegen einander wachsenden Kreise in den sich berührenden Bogentheilen verschwinden und in den sich nicht berührenden peripherisch weiterschreiten[1]).

Und nun haben wir noch der Pilzcolonien durch frische Aussaat zu erwähnen. Hiebei kommen Ansiedlungen von nur wenigen Pilzkeimen auf punktgrossen Hautpartien zu Stande.

Man wird also nach einer Invasion von Pilzen die Haut in Form von Punkten, von runden Scheiben und grossen zusammenhängenden Flächen, von Ringen und Windungen erkrankt sehen.

Diese verschiedenen Blüthenformen combiniren sich manchmal in der sonderbarsten Weise. Die Reichhaltigkeit der Combinationen wird aber noch erheblicher dadurch, dass mit der Zeit auch das Centrum einer ausdauernden Pilzcolonie absterben kann, wonach ringförmige Blüthen entstehen; oder dass der Innenraum einer continuirlich fortschreitenden Pilzcolonie sich nach einer gewissen Zeit von der Erschöpfung erholt, seine Immunität einbüsst und durch eine frische Aussaat punktförmig erkrankt.

In welcher Form aber auch die Blüthen erscheinen mögen, immer wird man dieselben scharf begrenzt finden, wie nach Application eines auf einer gewissen Hautstrecke einwirkenden Reizes; handelt es sich ja bei einer Pilzkrankheit der Haut auch nur um von aussen wirkende Momente, also in gewissem Sinne um äusserliche Reize.

Nachdem ich also das Allgemeinste über Dermatomykosen vorausgeschickt, gehe ich jetzt auf sämmtliche Symptome der

[1]) Bei den übrigen Dermatosen, für die Hebra dieselbe Erscheinung reclamirt, mögen andere, uns bisher unbekannte Ursachen gelten.



Schuppenflechte selbst über und es dürfte sich bald herausstellen, dass die meisten Erscheinungen mit solchen, wie sie bei Dermatomykosen beobachtet werden, zusammenfallen, und dass auch die übrigen, scheinbar das Gegentheil darthuenden Symptome bei eingehender Betrachtung die von mir ausgesprochene Vermuthung zu stützen geeignet sind, allenfalls aber derselben nicht auffallend entgegentreten.

Was die Form der ziemlich scharf begrenzten Efflorescenzen anlangt, so muss jeder zugestehen, dass dieselbe von der Form der Efflorescenzen, wie sie bei den als Dermatomykosen anerkannten Hautausschlägen beobachtet wird, nicht differirt. Punkte, Scheiben, Ringe und Windungen finden sich ebenso ausgesprochen, wie bei der scheerenden Flechte, auch bei der Schuppenflechte. Die Schuppenflechte findet man aber auch über handtellergrosse und noch grössere Hautstrecken ausgebreitet — eine Art der Ausbreitung, die bei der Dermatomykosis versicolor am allerhäufigsten angetroffen wird.

Der hauptsächlichste Sitz der Erkrankung ist bei der Schuppenflechte das Zellenstratum der Haut, sowie bei den Dermatomykosen. Die Röthung und Infiltration der die Efflorescenzen tragenden Haut lässt sich als Irritationserscheinung auffassen, die ja bei keiner der Dermatomykosen zu fehlen pflegt und die bei der Dermatomykosis tonsurans sogar in einem noch erheblicheren Grade bestehen kann.[1])

Trotz der vorhandenen Irritationsphänomene kann die Schuppenflechte doch als eine Krankheit angesehen werden, die in erster Reihe das Epithelstratum betrifft; und so wird es auch

---

[1]) In einer „Note on a hitherto undescribed point in the diagnosis of psoriasis" (Archives of Dermatology, April 1878) macht L. Duncan Bulkley darauf aufmerksam, dass nach Entfernung der Psoriasisschuppen, bevor noch die blutende Unterlage zu Tage tritt, man ein zusammenhängendes Häutchen ablösen kann, was ihm als werthvolles diagnostisches Merkmal gilt.

Diese Erfahrung Bulkley's habe ich seit Jahren gemacht und muss sie vollinhaltlich bestätigen. Ich muss hier aber auch hervorheben, dass in Fällen von Dermatomykosis versicolor (namentlich wenn die Individuen lange kein Bad gebraucht) auch zusammenhängende Häutchen gewonnen werden können.



verständlich, dass hier „Heilung ohne Hinterlassung von Narben, dann und wann mit zurückbleibender Pigmentbildung" beobachtet wird (Hebra-Kaposi, Hautkrankheiten, 2. Aufl. I. Th. p. 348). Die Infiltration und die Röthe der Haut wäre also blosse Folge des in der Epidermis localisirten Processes und wiche nach dem Aufhören des letzteren.

Ebensowenig steht das erste Auftauchen des Ausschlages an gewöhnlich symmetrischen Prädilectionsstellen in grellem Conflicte mit meiner Annahme, da diese Erscheinung ganz gut in der gleichen Dignität der analogen Partien als gleichwerthigen Nährboden für Parasiten, beruhen könnte, im selben Sinne etwa, wie wir dies für die Krätzmilbe ohne weiteres Bedenken gelten lassen.

Auch die fernere Verbreitung über der Haut und die Möglichkeit, wo immer Ausschläge der Schuppenflechte wahrzunehmen, widersprechen meiner Supposition nicht. Und dass in manchen Fällen auch die Nägel Sitz der Krankheit abgeben, ist ja nur übereinstimmend mit der bekannten Thatsache von Erkrankung dieser Gebilde auch bei der scheerenden Flechte und dem Erbgrind. Zudem ist auch noch die Form, unter der die Nägel bei Schuppenflechte erkranken, analog der bei Onychomykosis. (Ich verweise auf die betreffenden Paragraphe in Hebra-Kaposi's Hautkrankheiten 1. Theil 2. Aufl. S. 347 und 2. Theil S. 601).

Dem gegenüber ist aber von anderen Hautregionen, den Handtellern beispielsweise, bekannt, dass sie nur selten von Schuppenflechte ergriffen werden; diese Partien erkranken aber vielleicht ebenso selten an irgend einer Dermatomykose.

Die Schuppenflechte greift auf Schleimhäute ebenso wenig über, wie die Dermatomykosen, während eine Miterkrankung der benachbarten Schleimhäute bei manch' anderen Dermatosen wahrgenommen zu werden pflegt.

Wir vermissen bei der Schuppenflechte ebenso wie bei Dermatomykosen die Erkrankung irgend eines inneren Organes als Ursache der Dermatose [1]), was bekanntlich von vielen anderen Krankheitsformen der Haut nicht ausgesagt werden kann.

[1]) Es hat erst dargethan zu werden, ob und in welchem Sinne Neuralgien an Schuppenflechte gebunden sind.



Endlich ist noch hervorzuheben, dass die Schuppenflechte gleich einer Dermatomykose, Erwachsene und Kinder der verschiedensten Stände betreffen kann.

Aber auch die übrigen, anscheinend das Gegentheil beweisenden Erscheinungen sind bei näherer Betrachtung nicht geeignet, die mykotische Natur der Schuppenflechte ohneweiters auszuschliessen.

So ist es bekannt, dass bei der Schuppenflechte gar nicht selten Fälle beobachtet werden, in denen hereditäre Einflüsse in Rechnung gesetzt werden müssen. Auf den ersten Anblick eine der schärfsten Waffen, die der Supposition einer Dermatomykose entgegengeführt werden könnte. Sehen wir uns aber diese hereditären Einflüsse etwas genauer an. — Sowie die pflanzlichen Organismen überhaupt nicht auf jedem beliebigen Nährboden fortkommen, so nehmen wir auch bei manchen Pilzen, die sich auf der menschlichen Haut ansiedeln, wahr, dass nicht die Haut eines jeden Individuums die gleiche Eignung besitzt, um den Pilz fortkommen zu lassen.

Diese Erfahrung ist aus experimentellen, noch mehr aber aus den im gewöhnlichen Leben beobachteten Uebertragungen der Dermatomykosen geschöpft. In Bezug auf letztere heisst es in Hebra-Kaposi (Hautkrankheiten 2. Th. S. 588): „Für die ausserexperimentelle Erzeugung der Mykosen jedoch, und namentlich für ihr Gedeihen scheint ein Hautorgan einen besseren Nährboden abzugeben, als das eines zweiten und dritten, unter denselben Verhältnissen lebenden Individuums.“ Es hat somit gar nichts Aussergewöhnliches, bei manchen Individuen eine für das Gedeihen des Pilzes besonders geeignete Haut anzunehmen und weiters sich vorzustellen, dass diese Eignung der Haut — diese individuelle Disposition — ein Familienerbstück, also hereditär sei. Ob unter den Fällen, die zur Auffassung der Heredität geführt, auch solche sich befanden, die nur denselben äusseren Einflüssen (Pilzen) unterworfen waren — was bei Familienmitgliedern doch nicht von der Hand gewiesen werden kann — wird die Zukunft wohl entscheiden lehren.

Ferner könnte ins Feld geführt werden, dass die Schuppenflechte, wenn die von ihr befallenen Individuen von einer fieberhaften Krankheit ergriffen werden, mit dem Ausbruche der letzteren



zu schwinden und erst nach der Reconvalescenz wieder zum Vorschein zu kommen pflegt — wie irgend eine chronische Hautkrankheit, z. B. Eczem; oder, dass eine Abnahme der Psoriasis-Efflorescenzen beobachtet wird, wenn die Ernährung des Individuums aus irgend einem Grunde heruntergesetzt erscheint. Sähe man sich hieraus nicht berechtigt, die Pilznatur der Schuppenflechte zu läugnen? Nein! Es ist durchaus nicht widersinnig anzunehmen, dass der supponirte Pilz nur auf der Haut gesunder Individuen gut fortkomme. Wir würden dann bei einer anderweitigen Erkrankung eine Rückbildung der Flechten mit Erhaltung einiger Keimlinge annehmen, die in der Reconvalescenz des Kranken zu frischem Leben gelangen. Es ist dies um so eher gestattet, als es auch von der Dermatomykosis favosa bekannt ist, dass sie während einer acuten Krankheit zu sistiren und erst nach der Reconvalescenz wieder die frühere gedeihliche Entwickelung aufzunehmen pflegt; ja selbst die durch einen thierischen Parasiten bedingte Krätze lässt dieselbe Erscheinung wahrnehmen.

Auf Grund der vorausgegangenen Ausführungen glaube ich somit mit einiger Berechtigung die Vermuthung aussprechen zu dürfen, dass wir es bei der Schuppenflechte mit einer durch Pilze bedingten Krankheit zu thun haben mögen, die ausserdem noch eine individuelle Disposition u. zw. in viel höherem Grade, als die bekannten Dermatomykosen voraussetzt [1]).

Indem ich diese Muthmassung ausspreche, weiss ich ganz gut, dass der Beweis für die mykotische Natur der Schuppenflechte erst dann als vollkommen erbracht anzusehen ist, bis es gelungen sein wird, unzweideutige, vielleicht gar dieser Krankheit eigenthümliche Pilze unter dem Mikroskope nachzuweisen, bis ferner zweifellose experimentelle und klinische Beobachtungen von Uebertragungen vorliegen werden und endlich bis auf eine methodische parasiticide Behandlung Heilung erfolgt sein wird.

Wenn ich auch nicht in der Lage bin, hierauf bezügliche überzeugende Mittheilungen machen zu können, so halte ich es

[1]) Es ist nicht unwahrscheinlich, dass diese individuelle Disposition durch Arsenikgenuss sehr herabgesetzt wird.

denn doch nicht für überflüssig, die erwähnten Desiderate wenigstens zu discutiren.

Als ich mich mit dem Studium der Psoriasis zu beschäftigen anfing und sich mir der Verdacht aufdrängte, es möchte diese Krankheit durch eine Mykose bedingt sein, fasste ich von vornherein den Entschluss, meine Studien nicht mit Suchen nach Pilzen einzuleiten. Wir wissen ja ganz gut, dass das Auffinden von Pilzen als überzeugender Beweis nicht herangezogen werden kann, da wir diese Schmarotzer in den Krankheitsprodukten der verschiedensten Dermatosen anzutreffen pflegen. Es müsste ja erst dargethan werden, dass etwa entdeckte Pilzelemente nicht als zufällige Beimengung anzusehen seien. Sähe man sich da nicht erst recht gezwungen, an die klinischen Charaktere zu appelliren?

Diese Reflexionen drängten sich mir sofort auf und liessen mich sehr bald zu der Ueberzeugung gelangen, dass der Sache unendlich mehr gedient würde, wenn es mir gelingen sollte, durch die Analyse der blossen klinischen Charaktere die Fachgenossen für meine Suppòsition zu gewinnen.

Was die Uebertragung der Schuppenflechte anlangt, muss zugestanden werden, dass hierauf bezügliche Beobachtungen weder durch Kliniker, noch durch Experimentatoren bekannt geworden sind. So überzeugend aber auch eine nach dieser Richtung angestellte positive Beobachtung sein müsste, so wenig könnte man einen negativen Ausgang als Gegenbeweis gelten lassen. Ist ja dieser Beweis für die Dermatomykosis versicolor auch nur schwer zu erbringen. Wir lesen nämlich von dieser Mykose bei Hebra-Kaposi (Hautkrankheiten, 2 Th. S. 663): „Dass die Affection als Mykose ansteckend sei und demnach zumeist durch Uebertragung entstehen sollte, wie etwa Herpes tonsurans, ist zwar a priori zu erwarten, aber durch die Thatsachen schwer zu belegen." Hebra-Kaposi bezweifeln die von einzelnen Autoren beigebrachten Fälle, die auf Uebertragung dieser Krankheit hinweisen sollen und fahren dann fort (a. a. O. S. 664): „Es ist im Gegentheile hervorzuheben, dass soweit die Beobachtung der Verhältnisse lehrt, diese Mykose sich schwer auf andere Individuen überträgt, da sehr oft der eine Theil von Eheleuten jahrelang von derselben behaftet ist, ohne dass der andere Theil von der Krankheit befallen wurde."



Aber auch das Misslingen einer experimentellen Uebertragung dürfte nach den bisherigen Erfahrungen an anerkannten Dermatomykosen nicht als Ausschlag gebend angesehen werden, da wir ja wissen, dass die absichtliche Uebertragung der Dermatomykosis favosa gewiegten Experimentatoren jahrelang nicht gelingen wollte und dass bisher nur von Köbner gelungene Uebertragungen der Dermatomykosis versicolor — die, wie es scheint, erst nach vielen vergeblichen Impfungen glückten (Exper. Mitth. S. 24) — vorliegen, obwohl auch andere Experimentatoren (Grawitz, Wigglesworth) sich daran versuchten [1]).

Es fragt sich aber weiter, ob manche an Psoriatikern gemachte Wahrnehmung, der zufolge Schuppenflechten an gereizten Hautstellen erschienen wären, nicht als die Folge einer Art Einimpfung zu betrachten sei. Hebra hat nämlich bei Psoriatikern wahrgenommen, dass nach Application eines Hautreizes in dem Umfange des Reizes Psoriasisplaques auftauchen (Hautkrankheiten, 2. Aufl. 1. Th. S. 351). Köbner beobachtete einen Fall von Psoriasis, „in welchem 5, resp. 6 Jahre nach dem Auftreten einer isolirten Plaque verschiedene traumatische Einwirkungen an ganz entlegenen Körpertheilen (Excoriationen durch Reiten, Suppuration einer consensuellen Lymphadenitis, Pferdebiss und zuletzt Tätowiren) Ausbrüche der Psoriasis zunächst genau an und in der Form der verletzten Hautstellen, später allgemeine Verbreitung zur Folge hatten. Die extensivste Wirkung auf die Eruption hatte ein Pferdebiss geübt; die stricte Localisation an den Punkten und Linien artificieller Verletzung liess sich sehr evident an den vor wenigen Wochen tätowirten Buchstaben und Figuren sehen" (Viertelj. für Syph. und Dermatol. 1876, S. 560). Auch O. Simon, Neumann und Wutzdorff erzählen Fälle, in denen nach leichten Verletzungen an den verletzten Partien Psoriasis-Efflorescenzen aufgetaucht seien.

In all' diesen Fällen ist es nun auch denkbar, dass die Verletzungen und Hautreize die Hautpartien zur Aufnahme des von

[1]) Ob wir trotz mancher rühmenswerthen Arbeit schon dahin gekommen sind, um eine von Tilbury Fox durch Oidium und von Hutchinson durch den Pilz von Tinea tonsurans hervorgerufene Tinea versicolor als solche auch anerkennen zu müssen, mögen Andere beurtheilen.



mir supponirten Pilzes geeigneter machten und dass die Psoriasisplaques wie auf einem für die Pilzansiedlung vorbereiteten Boden erschienen seien.

Von den Dermatomykosen wissen wir ja ganz gut, dass dieselben durch den kratzenden Finger des Kranken selbst zu einer immer weiteren Ausbreitung gelangen. Die beim Kratzen unter den Fingernagel gelangten Pilzkeime werden nämlich durch das Scheuern an einer noch gesunden Hautstelle in eine mit Gewalt aufgewühlte Epidermis gleichsam überpflanzt. Aber auch bei der absichtlichen Uebertragung von Pilzkrankheiten auf die menschliche Haut wird ja von vielen Experimentatoren seit jeher empfohlen, die Haut durch Abreibungen, macerirende Umschläge, Vesicantien und andere leichte Eingriffe für die Aufnahme der Pilzkeime empfänglicher zu machen. Wäre es nicht denkbar, dass jene früher erwähnten mehr oder weniger leichten Verletzungen auf der Haut eine ähnliche präparatorische Wirkung für das Auftreten der Psoriasisplaques ausgeübt hätten?

Freilich darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Proruptionen von Schuppenflechte nach jenen Verletzungen Psoriatiker betrafen. Es sind aber auch ganz vereinzelte Fälle beobachtet worden, in denen an früher von Schuppenflechte verschont gewesenen Individuen nach Application von Jodtinctur (Wutzdorff) und nach vorausgegangenen Eczemen (Neumann), also nach medicamentösen und rein pathologischen Reizungszuständen der Haut, an den betreffenden Stellen Psoriasisplaques zur Entwickelung gelangten. Ob hiedurch einer etwaigen Ansiedlung von Pilzkeimen irgend welcher Vorschub geleistet wurde, muss vor der Hand freilich unentschieden bleiben.

Und nun gelange ich zur Discussion des letzten Desiderates, nämlich der Heilbarkeit der Schuppenflechte.

Legen wir uns die Frage vor Allem so vor: Die Dermatomykosen pflegen, sich selbst überlassen, auszuheilen; die zu Recidiven so sehr geneigte Dermatomykosis versicolor will Hebra im vorgerückten Alter überhaupt nicht beobachtet haben; beglaubigte Heilungen von Schuppenflechte sind nicht bekannt geworden. Spricht das nicht gegen die Berechtigung, bei letzterer eine Mykose anzunehmen? Darauf antworte ich mit „Nein!“ Es ist nämlich noch gar nicht festgestellt, dass Selbstheilung der Schuppenflechte in



keinem Falle vorkomme. Es ist aber auch unerwiesen, dass Dermatomykosis versicolor schliesslich in allen Fällen ausheile. Letztere Behauptung kann ich um so mehr aufrecht erhalten, als ich (eine seit vielen Jahren bestandene) Dermatomykosis versicolor bei einem über 70 Jahre zählenden Herrn, den ich wegen einer anderen Krankheit bis zu seinem Ableben behandelt hatte, beobachten konnte, ohne während der durch Jahre dauernden Behandlung eine nachweisbare Rückbildung der Mykose bemerkt zu haben.

Obwohl aber bleibende Heilung der Schuppenflechte bisher auch nach therapeutischen Eingriffen nicht erzielt worden ist, so muss doch zugestanden werden, dass die vorübergehenden Erfolge bis nun am sichersten durch parasiticide Mittel zu gewinnen waren.

Die weitere Erfahrung muss lehren, ob eine mit Ausdauer durchgeführte, gegen Pilzansiedlung gerichtete Behandlung auch durch eine dauernde Heilung entlohnt wird.

In einem und dem anderen meiner Fälle, die nach obigen Grundsätzen behandelt wurden, ist seit mehreren Jahren Wiedererkrankung nicht erfolgt. Es kann das freilich noch nicht beweisend sein. Ich könnte aber eine Wiedererkrankung nach Jahren ebensowenig als Gegenbeweis gelten lassen, da dann noch immer zu entscheiden bliebe: handelt es sich um Recidive oder um Neuansiedlung des von mir supponirten Pilzes? — Recidiven von Dermatomykosen im Sinne einer neuen Ansteckung sind aber gar nicht so selten, und von der Dermatomykosis versicolor ist es ja bekannt (Hebra-Kaposi, Hautkrankheiten, 2. Th. S. 588), dass sie „wenn auch gründlich entfernt, gerne wiederkehrt."

Wir begreifen somit ganz gut, dass die Schuppenflechte eine Dermatomykose sein kann, wenngleich sie durch ein häufiges Recidiviren sich auszeichnet.



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Dermatologie.

(Schluss des dermatol. Berichtes aus dem vorigen Hefte.)

---

74. **Dehio.** Beiträge zur pathologischen Anatomie der Lepra. (Dorpater medic. Zeitschrift. Band VI. 1877.)
75. **Koehler.** Ein Fall von Lepra maculosa mutilans. (Przegląd lekarski. Nr. 8 und 9. 1877. — Centralblatt für Chirurgie. Nr. 25. 1877.)
76. **Aiken.** Bericht über die Wirksamkeit des Gurjunöls bei Leprakranken. (Geneeskundige Tijdschrift voor Nederlandsck-Indie. Batavia 1876.)
77. **Gaskoin.** Ein Fall von Sclerodermie. (Brit. med. Journ. Vol. I. 1877. Med. chirurg. Soc.)
78. **Dorozynski.** Ein Fall von Sclerodermie. (Wiener med. Presse. Nr. 33. 1877.)
79. **Dickinson.** Ein Fall von Sklerem. (Obstetr. Journ. Vol. IV 1877. — Arch. of Derm. IV, I, 1878.)
80. **Harley.** Langsam fortschreitende Sklerodermie, begleitet von Herz- und Magenaffectionen. (Lancet, 27. Jänn. 1877. — Transact. of the R. Med. and Chir. Soc. — Arch. of Derm. IV, I, 1878.)
81. **Weinlechner, Hebra.** Rhinosklerom. (Anzeiger d. Wiener Ges. d. Aerzte Nr. 22, 1878, Sitzg. v. 15. März.)
82. **Chiari.** Ueber tuberculöse Geschwüre der Haut in einem Falle von chronischer Lungen- und Darmtuberculose. (Wiener medicin. Jahrbr. 1877.)
83. **Guillaumet.** Ueber die Behandlung chronischer Geschwüre und atonischer Wunden mit Schwefelkohlenstoff. (Gaz. des Hôpitaux. Nr. 73. 1876.)



Dehio beschreibt (74) 4 Fälle von Lepra tuberculosa, deren 1 zur Section kam, in den 3 anderen Fällen wurden den Patienten an verschiedenen Orten erkrankte Gewebsstellen excidirt, in einem Falle sogar ein Stück des Nervus ulnaris resecirt. Die mikroskopische Untersuchung der Haut lieferte im Ganzen eine Bestätigung der Angaben von Virchow und Thoma, indem sie ergab, dass die lepröse Infiltration der Haut sich in den Bindegewebslücken der Cutis und der nächsten Umgebung der feinen und feinsten Blutgefässe der Haut zeigt und im Anschluss an dieselben eine gleich unter der Grenze zwischen Rete Malpighi und Cutis liegende Ausbreitung bildet; ferner dass diese Neubildung, wieder im Anschluss an die Gefässe besonders dicht um die Schweissdrüsen und Haarbälge herumlagert; und endlich, dass auch die subcutanen Fettläppchen bei der tuberculösen Form der leprösen Erkrankung unterliegen. Die von Thoma aufgestellte Hypothese der Entstehung der Neubildung in perivasculären Saftkanälchen, sowie die Angabe einer Epithelwucherung in der Tiefe lepröser Knoten von Friedländer erklärt der Verf. für unerwiesen. An den kleinen und grossen subcutanen Venen zeigte sich das Lumen, wahrscheinlich durch Endothelwucherung, sehr verengt, zum Theil fast obliterirt, überdies eine kleinzellige, vielleicht specifische Infiltration der Muscularis und Adventitia, und es war die Aehnlichkeit mit den Befunden von Heubner an den Hirnarterien Syphilitischer (und jenen an Sclerosen von Auspitz und Unna, A.) ausserordentlich gross. In Bezug auf den Befund an den subcutanen Nerven betont Verf. besonders, dass es sich auch hier um eine eigenthümliche kleinzellige Wucherung handle, was sich leicht constatiren lasse, wenn man die Nerven in verschiedenen Stadien der krankhaften Veränderung untersuche. Die Schleimhautknoten im Pharynx, der Trachea etc. ergaben mikroskopische Bilder, welche mit denen der Haut grosse Aehnlichkeit hatten. Die Untersuchungen endlich an Eingeweiden ergaben Nichts Bemerkenswerthes.

Koehler schildert (75) einen Fall von Lepra mutilans. Die Kranke ist 50 Jahre alt, aus einem Dorfe in der Provinz Posen gebürtig, entstammt einer gesunden Familie, hat 6 Kinder geboren und 2 Mal abortirt. — Die Krankheit begann vor 14 Jahren nach der dritten Entbindung mit Anschwellung der linken Hand, worauf Nekrose der äusseren Haut folgte. Nachdem dieser Process sich auch auf den Vorderarm erstreckt hatte, bedeckten sich die wunden Stellen nicht



mit einer gewöhnlichen Narbe, sondern mit einem dünnen von Borken und Krusten besetzten Häutchen. Mit Ausnahme des Daumens fehlen bei den übrigen Fingern die zweiten und beim letzten Finger auch die dritte Phalanx. Drei Nägel fehlen, die übrigen sind verunstaltet. Neuralgische Schmerzen bestehen zur Zeit nicht mehr, plagten aber die Patientin durch viele Jahre. (Ob die Diagnose richtig war? A.)

Analog dem Vorgehen der englischen Regierung (cf. diese Vierteljahrschr. 1876, pag. 94) hat auch die holländische Verwaltung in ihren indischen Besitzungen der Wirksamkeit des Gurjunöls (Balsam. Dipterocarpi) gegen Lepra (76) Beachtung geschenkt. Es wurden nämlich, nach vorheriger Uebermittlung von Gurjunöl an einzelne Militärärzte, dieselben aufgefordert, vorkommende Fälle von Lepra 3 Monate lang mit dem neuen Mittel zu behandeln und ihr alsdann Bericht über die Resultate zu erstatten.

Die Anwendung desselben sollte theils äusserlich sein (täglich zweimaliges Verbinden der erkrankten Stellen mit einem aus gleichen Theilen Gurjunöl und Aq. calcis bestehenden Liniment), theils innerlich in der Verabreichung von mindestens 2,0, steigend bis auf 4,0, in einzelnen Fällen bis auf 8,0 Gr. des Oels pro die bestehen. (Rp. Balsam. Dipterocarpi 30,0, Pulv. gummi arab. 15,0, Aq. calcis 360,0. MS. 3 mal täglich ein Essl.)

Ein solcher Rapport liegt in der obenerwähnten Arbeit vor und fordert der mitgetheilte auffallend günstige Erfolg zu einem Referate der Krankengeschichten selbst auf.

I. V. d. P., geborener Amsterdamer, seit 14 Jahren in Indien, in der Jugend an leichter Syphilis leidend, erkrankte vor 4 Jahren an Lepra anaesthetica. Beim Beginn der Behandlung mit Gurjunöl war dieselbe weit vorgeschritten; vor allem fiel das geschwollene, verbreiterte Gesicht auf, über dessen Augenlider von der Stirn starke Hautfalten herüberhingen; auch Nase und Ohren zeigten lepröse Entartung und Verschwärung, desgleichen die Hände, deren Gebrauchsfähigkeit auf ein Minimum reducirt war, sowohl der bedeutenden Knotenbildung und Verdickung der Finger, als auch der Atrophie der Unterarmmuskeln wegen. Die stark infiltrirten unteren Extremitäten waren bis an die Knie mit oberflächlichen Geschwüren bedeckt, zwischen denen die Haut, gleichwie an den vorgenannten Stellen, gefühllos war, am meisten an den Fusssohlen, so dass Patient bei dem seit Mo-



naten unmöglich gewordenen Gehen den Gegendruck des Fussbodens nicht merkte. Der Rumpf war normal und Appetit gut.

Nach 5wöchentlicher Behandlung (Maximaldosis pro die 6,0 Oel) hatte das Antlitz sein normales Aussehen fast völlig wieder erlangt, alle Geschwüre waren verheilt und Hände und Füsse so weit gebessert, dass ihre Functionen fast vollkommen zu nennen und z. B. bequemes Herumgehen in Schuhen und Strümpfen ermöglicht war. — Eine durch unglücklichen Zufall herbeigeführte Vergiftung mit Crotonbohnen machte weitere Beobachtungen unmöglich.

II. B., von Geburt Holländer, seit 18 Jahren auf Java, nie an Syphilis erkrankt, Familie frei von Lepra, litt seit unbestimmter Zeit an Lepra, die wie in Fall I. aus rothen, anfangs juckenden und schmerzenden, später geschwürig gewordenen Flecken entstanden, ähnliche hypertrophische und anästhetische Veränderungen hervorgerufen hatte. Das Gesicht war zur Facies leonina entstellt, die Hände konnten zum Schreiben, Essen, Ankleiden fast unmöglich gebraucht werden und die enorme Verdickung der Füsse, wozu Nekrose des Os metacarpi digiti quinti getreten war, hatte Pat. schon seit geraumer Zeit an's Bett gefesselt.

Bei einer Maximaldosis von 4,0 Oel pro die wurde dieser überaus traurige Zustand nach 3 Monaten so weit gebessert, dass der Kranke ohne fremde Hilfe wieder essen, sich ankleiden, schreiben, sogar etwas nähen konnte, in Schuhen und Strümpfen herumging und die bedeutende Anästhesie der Füsse verlor; die Schwellung der Nase und Ohren, desgleichen die dicken Runzeln der Stirn waren verschwunden, die geschrumpften, bedeutend abgeschwollenen, stark abschilfernden Extremitäten hatten grösstentheils ihre Gefühlsthätigkeit wieder erlangt.

III. B. aus Amsterdam, in der Jugend syphilitisch, lange in Indien, seit 8 Jahren leprös erkrankt, zeigte beim Beginn der Behandlung auffallende Verunstaltung des Gesichtes, konnte seine kolbenförmig aufgetriebenen Finger nur noch so weit gebrauchen, um vor Hilflosigkeit bewahrt zu sein, hatte dagegen seit 5 Jahren Fussbekleidung nicht mehr anlegen können und war durch die Schmerzhaftigkeit und Unsicherheit des Ganges fast völlig zur Bettlage gezwungen. Das Tastgefühl war überall bedeutend vermindert. Als collaterale-congestive Erscheinungen waren sehr heftige Asthmaanfälle aufgetreten, die nur nach Erbrechen von grossen Schleimmassen etwas nachliessen.

Nach dreimonatlicher Behandlung war auch hier bedeutende Bes-



serung eingetreten. Zugleich mit fast völligem Rückgang der Gesichtsinfiltration waren die Geschwüre an unteren und oberen Extremitäten verheilt, der Gebrauch der Hände, ihr Beugen und Strecken vollständig frei geworden, die Füsse so weit gebessert, dass fester Gang in Schuhen und Strümpfen möglich war. Die Asthmaanfälle waren seit Ablauf des ersten Behandlungsmonats nicht wieder gekommen.

IV. B. aus der Schweiz, in der Jugend geringe Syphilis, seit 17 Jahren auf Java, seit 3 Jahren leprös erkrankt; Facies leonina; schwer zu beugende Finger, Zehen nicht zu gebrauchen, grosse Zehen auf das Dreifache verdickt, doch Gehen mit festem Tritt ziemlich ergiebig. An den erkrankten Partien, Gesicht und Extremitäten, bedeutende Anästhesie.

Der gewissenhaft durchgeführten dreimonatlichen Behandlung folgte befriedigendes Resultat. Das Löwengesicht verschwand, wenn auch die Haut noch infiltrirt blieb; die in ihren Bewegungen nicht mehr gehinderten Finger waren normal zu gebrauchen und das Gehen nicht nur ohne Krücken möglich, sondern durch Rückkehr des Tastgefühls angenehm erleichtert; am wenigsten hatten die grossen Zehen an der Besserung theilgenommen.

V. H., Frau aus Europa, trat in einem verhältnissmässig frühen Stadium der leprösen Erkrankung, das bei den übrigen Fällen fast immer den weiter ausgebildeten Erscheinungen vorausgegangen war, in Behandlung. Es fanden sich im Gesicht, auf Vorderarmen und Händen dunkelblaue, bisweilen mehr röthliche Flecken, die über das Hautniveau etwas hervorragend, auf Druck nicht verschwanden, anfangs sehr schmerzhaft waren, ohne nachher anästhetisch geworden zu sein. Auch unter den Knien, auf dem Rücken und Bauch zeigten sich ähnliche, bisweilen handtellergrosse Flecken.

Die dreimonatliche Behandlung (Tagesdosis bis 6,0) erzielte völliges Verschwinden der Flecken auf dem linken Arm, starkes Abbleichen und Reducirung auf das Niveau der Haut an den anderen Stellen.

VI. S., seit 18 Jahren auf Java, hatte durch lepröse Nekrose zwei Ossa metatarsi des linken Fusses, ein Os metacarpi des linken Fingers und das Nagelglied des rechten Zeigefingers verloren. Während an beiden letzteren Stellen nach starker Narbenbildung in der Haut der Process zum Abschluss gekommen, bestand auf dem linken Fussrücken beim Beginn der Behandlung noch eine tiefe, stark eiternde, sehr schmerzhafte fistulöse Wunde. Das linke Unterbein war überall



mit Geschwüren bedeckt, die Infiltration der Wade so stark, dass ihr Umfang 75 Ctm. betrug. Gesicht und Ohren waren verhältnissmässig wenig verändert. Die Kranke hatte seit Monaten das Bett nicht verlassen können.

3 Monate später vermochte Patientin, deren Behandlung gleichfalls stricte durchgeführt worden war, ohne Krücken umhergehen, die Wunde des Fusses, die Geschwüre des Unterschenkels waren verheilt, der Umfang der Wade auf 21·5 Ctm. zurückgegangen. Nur am Fussrücken und Malleolus ext. bestanden noch kleine Geschwüre und das Gesicht war auf gleichem Standpunkte geblieben.

Bei keinem Patienten hatte sich während der Behandlung eine nennenswerthe Unannehmlichkeit derselben eingestellt; im bedeutend vermehrten, etwas trüben Urin war nur Eiweiss erschienen; nur bei den Frauen war die Periode copiöser und schmerzhafter geworden und in Folge dessen der Gebrauch des Gurjunöls während dieser Zeit cessirt worden. Verfasser spricht zum Schlusse sich völlig zu Gunsten der Behandlung aus, besonders im Rückblick auf die übrigen Specifica (Chinin, Arsenik, Acid. carbol., Acid. salicyl.) und nennt, falls die erzielten Erfolge constant bleiben, das Gurjunöl ein nicht hoch genug zu schätzendes Heilmittel der Lepra.

Schumacher II. (Aachen.)

Einen Fall von Sclerodermie beschreibt Gaskoin (77) bei einer 40jährigen Frau, welche nach Schreck im 6. Monate der Schwangerschaft allmälig am ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes und Gesichtes grosse dunkel gefärbte Flecke zeigte. Die Flecke waren fest, schmerzhaft, bei Druck anästhetisch; die Umgebung sehr schmerzhaft, leicht ödematös. Am zahlreichsten fanden sich die Flecke an den oberen Extremitäten. Im Laufe des letzten Jahres verschwanden die Flecke allmälig, dafür aber trat eine fast negerartige Färbung der Haut ein, am stärksten am Unterkörper und den Extremitäten. Weiterhin bildete sich eine Verdickung der Haut aus, welche nicht blos die Haut, sondern auch Muskeln und Sehnen erfasste; die Gelenke waren in Beugungsstellungen festgestellt und schmerzhaft. Es waren knotenförmige, symmetrische Verdickungen in den oberflächlichen und in den tieferen Gewebsschichten vorhanden; die Haut war gespannt und glänzend. Feuchtigkeit und Kälte schienen die Entwicklung zu befördern. Die Menses waren unregelmässig und spärlich.



In ähnlicher Weise begann die Sclerodermie in einem Falle von Dorozynski (78) bei einer 50jährigen, kräftigen Patientin an der Haut der Mamma als dunkelrother Fleck unter brennenden Schmerzen. 6—8 Wochen später hatte das Centrum desselben eine weissliche, die Peripherie eine dunkelbräunliche Färbung angenommen, während die Röthe weitergeschritten war. Gegenwärtig sind Brust, Bauch und Schultern ergriffen, die Warzenhöfe frei und hervorgepresst, die erkrankte Cutis glatt, glänzend, fettig und derb anzufühlen, nicht faltbar, spontan und gegen Berührung empfindlich.

Ueber einen Fall von Sklerodermie bei einem $3^1/_2$jährigen Kinde referirt Dickinson (79). Es soll mit einem Schlage Schwellung der Haut im Gesichte aufgetreten sein, gleichzeitig am Stamme (acutes Auftreten! A.), aber nicht an den Extremitäten, wo sie erst am folgenden Tage sich einstellte und die Kälte und Härte gefrorenen Fettes annahm. Farbe unverändert. Hohlhände und Finger desgleichen. Zunge härter. Etwas Zucker im Urin. Vinum stibiatum 5—10 Tropfen zwei Mal täglich und warme Bäder. Nach einem Monat Besserung, nach 7 Monaten Heilung, nur die Gesichts- und Kopfhaut blieb etwas härtlich.

Harley's Fall von Sklerodermie (80) zeichnet sich durch den fortschreitenden atrophischen Zustand des Bindegewebes und durch gleichzeitige functionelle Störungen der Herz-, und Magenthätigkeit aus. Vf. hält den Fall für eine fortschreitende Lähmung des Sympathicus, welche sich peripher durch Atrophie der Hautgefässe und Verschliessung der Saftkanäle — mehr central durch vasomotorische Störung der Herz- und Magenfunction ausdrücke. (Wenn von trophischen Störungen gesprochen wird, welche vom Centralnervensystem ausgehen, mag die Hypothese für die Sklerodermie passen. Veränderungen in der Function der Gefässmuskulatur sind aber bisher bei Sklerodermie nicht nachgewiesen, man hat also kein Recht, vorläufig von einer vasomotorischen Neurose in diesem Falle zu sprechen, oder — was darauf hinaus käme — gerade den Sympathicus für den Schuldigen zu halten. A.)

Weinlechner bespricht (81) das Rhinosklerom, welches schon lange, bevor Hebra demselben den Namen gegeben, sein Interesse erregt habe. Der erste der sieben von ihm beobachteten Fälle



wurde von Heitzmann im Hebra'schen Atlas als Rhinophyma dargestellt. Gleichwohl sei dies einer der schönsten Fälle von Rhinosklerom. Dieser Fall, welchen W. im Jahre 1860 auf Schuh's Klinik beobachtete, wurde anfangs, da auch, wie gewöhnlich bei derartigen Fällen, ein Defect am Gaumen vorhanden war, als durch Lues entstanden angesehen und antisyphilitisch behandelt, jedoch ohne Erfolg. W. konnte über den Fall damals nicht klar werden, da die Geschwulst an der Nase seit 13 Jahren bestand und er derartiges nie gesehen. Die höckerige Nase des betreffenden 50jährigen Frux Moses war $2^1/_2$ Zoll breit, die 1 Zoll dicke Oberlippe ragte rüsselförmig vor und bedeckte die Nasenlöcher. Er consultirte Hebra, welcher sich dahin aussprach, dass hier ein Cancer fibrosus vorläge. Erst später, nachdem Hebra's Publication über das Rhinosklerom im J. 1870 erschienen war, konnte man die Geschwulst mit Sicherheit als ein solches betrachten, wie dies aus der Zeichnung des Falles, welche W. demonstrirt, ersichtlich ist.

In demselben Jahre beobachtete W. gleichfalls auf Schuh's Klinik eine ähnliche Erkrankung an der Nase und Oberlippe mit Defect am Gaumen an einem Kranken Namens Brecher Leib, dessen Gypsabguss vorgezeigt wird, und insofern von grossem Interesse ist, als derselbe vor ein paar Jahren auf Billroth's Klinik kam, wo die Geschwulst bereits stark geschrumpft war und dadurch eine derartige Verengerung der Mundspalte hervorgerufen hatte, dass eine künstliche Mundspalte angelegt werden musste. Dieser Fall wurde von Dr. Mikulicz ausführlich beschrieben. (Siehe diese Vierteljschr. 1878, pag. 272.)

Der Kranke ist dadurch ausgezeichnet, dass neben den gewöhnlichen Veränderungen an der Nase, mit Verstopfung beider Nasenlöcher und dem Gaumendefecte, auch am Innenwinkel beider Augenlider je eine zehnkreuzerstückgrosse rundliche, platt schollige, im Centrum vertiefte Geschwulst sich befindet, deren Schrumpfung eine bedeutende Verengerung der Lidspalten herbeigeführt hat.

W. hat in diesem Falle die Wegsamkeit der linken Nasenhöhle durch Application des Thermokauter wiederhergestellt, und wird in gleicher Weise rechts an den Augenlidern verfahren.

In der Discussion bemerkte Hebra hiezu, dass der zuerst erwähnte Fall, der in seinem Atlas als Rhinophyma aufgenommen sei, der einzige von den im Atlas abgebildeten Fällen sei, die nicht auf



seiner Abtheilung sich befunden hatten. Heitzmann habe ihm damals die Zeichnung dieses Falles gezeigt, und da er aus dieser über die Consistenz der Geschwulst nichts erfuhr, habe er bona fide die Meinung Heitzmann's, dass es sich hier um ein Rhinophyma handle, acceptirt.

Anschliessend hieran erwähnt er eines Falles, welchen er gegenwärtig auf seiner Abtheilung behandelt, bei welchem die Wegsamkeit beider Nasenhöhlen aufgehoben ist und wo es gelungen ist, beide Nasenhöhlen durch Einführen von elastischen Kathetern wegsam zu machen.

Chiari bespricht (82) folgenden Fall von tuberculosen Hautgeschwüren: Ein an chronischer tuberculöser Phthise leidendes Individuum ward 6 Wochen vor seinem Ableben von einem Geschwür der Unterlippe und einigen solchen an der Haut um den After herum befallen. Der bis in die Muskulatur ziemlich tief hineinreichende Grund und die Ränder des Lippengeschwürs waren mit Rundzellen infiltrirt, nahe der Geschwürsoberfläche fanden sich in dasselbe eingelagert sehr zahlreiche submiliare, vielfach verkäste Tuberkel ohne Riesenzellen. Ein Theil derselben vergrösserte offenbar durch seinen Zerfall den Umfang und die Tiefe der Ulcerationen. (Vgl. auch Pantlen, Bizzozero, Baumgarten in Bezug auf die Casuistik solcher Fälle in dieser Viertelj. 1877 pag. 114 und 116 und 1875 pag. 538. A.)

Nach Guillaumet (83) befördert der Schwefelkohlenstoff in hohem Grade die Vernarbung chronischer Geschwüre. Besonders hilfreich erweist er sich in Folge dessen gegen Ulcera scrophulosa, varicosa und gegen Lupus. Desgleichen leistet er bei sehr hartnäckigen syphilitischen Ulcerationen gute Dienste.

In allen Fällen genügt eine tägliche einmalige Application des gedachten Medicaments, nach welcher man mit Vortheil die Geschwürsfläche mit gepulvertem basisch salpetersaurem Wismuthoxyd bestreut.

84. **Tanturri.** Drei neue klinische Fälle von Mycosis fungoides (Alibert). (Il Morgagni. Jänn.-Febr.-Märzheft 1877.)

85. **Vandyke Carter.** Ueber die Biskrabeule. (Medico-chir. Transact. Band LIX. p. 119. 1877.)



86. Campana. Ueber eine eigenthümliche Geschwulstform der Haut (forma non commune di tumore). (Separatabdr. d. „Atti dell' acad. Medico-Chirurgica", Neapel 1877.)
87. Tanturri. Ueber das idiopathische kleinzellige teleangiectatische Pigmentsarkom der Haut. (Il Morgagni, Juliheft 1877.)
88. Busch. Beitrag zur Kenntniss der Entstehung der Epithelialkrebse der Haut. (v. Langenbeck's Archiv, 21. Band, 1877).
89. Stroganow. Ueber die Complication des Papilloms mit Epitheliom. (St. Petersb. med. Woch. Nr. 28 und 29, 1877.)
90. Lažansky. Ueber pathologische Hornbildungen. (Prager med. Woch. Nr. 16 u. 17. 1877.)
91. Neumann. Ueber Nerven-Naevus. (Sitz. d. Wiener med. Doct.-Coll. vom 19. November 1877.)
92. Wood. Ueber Leucoderma in den vereinigten Staaten. (Med. Examin. II. No. 29. 1877.)
93. Liveing. Maculae atrophicae. (Brit. Med. Journal, 19. Jan. 1878).

Den schon ziemlich zahlreich gewordenen Detailschilderungen von Fällen von Mycosis fungoides (Alibert) fügt Tanturri (**84**) drei neue hinzu und gibt eine ziemlich ausführliche Monographie dieses Leidens, welche die gesammte einschlägige Literatur im Auszuge mittheilt. Wir theilen aus derselben einige Schlüsse mit, welche T. seinen Beobachtungen abstrahirt:

Symptome der mannigfachsten Art bezüglich der Form, Dauer, Localisation etc. leiten die Krankheit ein. Bald sind es umschriebene Hyperämien, Bläschen, Papeln, Knoten, Blasen, bald Streifen und Flecke, die sich entwickeln, bald Jucken und Beissen, bald Brennen und lancinirende Schmerzen, welche diese Entwicklung begleiten. Manchmal sind die Erscheinungen über eine oder mehrere Gegenden ganz ausgebreitet, bald auf einzelne Punkte derselben beschränkt und da reihen sich die Efflorescenzen wieder in verschiedener Form aneinander. Einige von diesen bleiben nur kurze Zeit, verschwinden wieder, recidiviren nach längerem oder kürzerem Zwischenstadium, lassen aber keine Spur zurück; andere jedoch bleiben stationär und bieten mannigfache Verschiedenheiten in Bezug auf Grösse, Form,



Farbe, Beschaffenheit der Oberfläche etc. Bisweilen geht dem Ausbruche Pruritus voraus, bisweilen begleitet er denselben. Auch pflegen sich mitunter die Efflorescenzen auf einem Boden, der zur Entwicklung des in Rede stehenden Leidens anatomisch gar nicht disponirt zu sein scheint, zu zeigen. — Das Leiden selbst hat manchmal einen mehrjährigen Verlauf, bisweilen ist es in Monaten und Tagen absolvirt. Hier und da erkrankt eine Stelle nur einmal, in anderen Fällen wird eine und dieselbe Stelle mehrmals ergriffen und zwar so, dass dort, wo z. B. das erste Mal die oben erwähnten Efflorescenzen katarrhalischer Natur sich entwickelten, später solche mit dem Charakter der Bindegewebsneubildung in Gestalt von linsen- bis bohnengrossen, weichen oder harten, trockenen oder feuchten Knoten sich zeigen. Doch werden sie meistens grösser, sogar hühnereigross und darüber. Hämorrhagien und Gefässneubildungen kommen in den bald mit breiter Basis, bald gestielt aufsitzenden Knoten vor, und Hardy erwähnt eines Falles, in welchem es zur Menstruationszeit zu Blutungen aus der Neubildung kam.

Nachdem die Tumoren die Höhe der Entwicklung erreicht haben, können sie zum Theile oder allmälig schwinden; die Haut bleibt dann leicht gefärbt, ohne Narbe. Manchmal jucken sie, obschon sie gegen schmerzhafte Eindrücke und die Betastung unempfindlich sind; ja man kann sie sogar mitunter exstirpiren, ohne dass es im mindesten schmerzt. An der Oberfläche der Neubildung entstehen zuweilen Excoriationen, welche klein sind oder die ganze freie Fläche des Neoplasmas einnehmen, sich in Geschwüre mit unzulänglicher Granulation und zerfallenden Rändern umwandeln, welche, mit Detritus und Eiter bedeckt, stinken und oft hämorrhagisch sind. Andere Neubildungen zerfallen jauchig und der Brand dringt in die Tiefe bis auf die Musculatur und in dieselbe. Diese Veränderungen sind häufig von lancinirenden Schmerzen begleitet, oft aber fehlen dieselben oder sind ersetzt durch heftiges Jucken, das sich besonders zur Nachtzeit steigert, während die wunden Stellen selbst anästhetisch, gegen Druck wenigstens unempfindlich sind. Vf. will diese letztere Erscheinung durch den Untergang der Nervenenden und Papillen erklären, während die lancinirenden Schmerzen durch Reizung der Nervenstämmchen der ergriffenen Partien hervorgerufen werden.

Ausser allem Zusammenhange mit der Zahl dieser Geschwülste an einem Individuum sind die gleichzeitigen Störungen des Allgemein-



befindens, welche denen bei Krebs, Tuberculose, Albuminurie analog sind, die durch hinzutretende Anämie, schnelle Prostration, septicämisches Fieber, unstillbare Diarrhöe, Oedem der Extremitäten gesteigert werden und bisweilen mit dem Tode enden.

Der Verlauf ist in typischen Fällen chronisch, die Prognose lethal. — Die Diagnose wird leicht zu machen sein, wenn sich die Tumoren bereits entwickelt haben. Im eczematösen Vorstadium, welches, wie Eingangs berichtet, die Krankheit zuweilen hat, ist es unmöglich sie zu erkennen. Verwechselt kann sie werden mit dem lymphadenomähnlichen, rundzelligen Sarcom, bei dem sich gleichfalls kleine und grosse Knoten — mit der Tendenz zur schmerzhaften Ulceration — bilden. Durch Schaben des Durchschnittes der Geschwülste erhält man eine Flüssigkeit, welche Lymphkörperchen ähnliche Zellen enthält. Der Verlauf und die anderen Symptome jedoch unterscheiden beide Krankheiten. Verwechslungen mit Lepra werden durch Berücksichtigung des Verhaltens der Schleimhaut hintanzuhalten sein. — Die Aetiologie ist ebenso dunkel, wie die Therapie machtlos. — Die mitgetheilten Symptome haben es zur Genüge dargethan, dass das Leiden als eine Krankheit sui generis aufgefasst zu werden verdient. Die mikroskopische Untersuchung, von Köbner vorgenommen, hat gelehrt, dass der Durchschnitt der Knoten roth, derb und gefässreich ist und dass der stark entwickelte Papillarkörper den dritten Theil der Masse des Tumors ausmachte, dem dann weiter nach unten ein fibröses compactes Gewebe folgte und dass zwischen beide ein laxes Uebergangsgewebe eingeschaltet war. Die Bindegewebskörperchen im Gewebe des Papillarstratums waren vergrössert und vermehrt; neben ihnen fanden sich unzählige kleine, runde, ovale oder spindelförmige Zellen, welche bis zu 4 stark lichtbrechende Kerne enthielten. Essigsäure brachte die Zellenmembran zum Verschwinden. Die Intercellularsubstanz war durchscheinend, homogen. Unter den durch die Zellenanhäufung vergrösserten und verdunkelten Papillen kam ein verhältnismässig wenig entwickeltes Bindegewebe mit einem Netzwerke, dessen Balken ziemlich dick waren und vielen freien Kernen. Die elastischen Fasern waren spärlich, das Bindegewebe gefässreich, keine Spur von Talgdrüsen und Haarbälgen. Die untersuchte Substanz zeigte sich demnach als ein in Granulation begriffenes verändertes Bindegewebe — eine Anschauung, welche von Virchow getheilt wurde.



Der Process ist zweifellos auf Proliferation basirt, aber es ist derzeit schon entschieden, dass die Genese der Elemente der Neubildung nicht ausschliesslich im Zusammenhange mit dem Bindegewebe steht, sondern dass die vorhandenen Zellen theilweise aus den Gefässen stammen, was um so eher anzunehmen ist, als der Neubildung ein entzündliches exsudatives Stadium vorausgeht, während dessen die Gefässe eine Hauptrolle spielen. Indess haben die weiteren histologischen Untersuchungen gelehrt, dass ein von der Zellenproliferation unabhängiges Netz besteht, dessen feine Maschen Lymphzellen enthalten. Auf Kosten des embryonären Gewebes treiben nämlich die Zellen und Kerne feine, sich verästigende Fortsätze, die stärker werden, zusammenfliessen und zu einem netzförmigen Stroma sich umwandeln, ein Vorgang, der dem bei der embryonären Entwicklung der Lymphdrüsen analog ist. Der Process ist für die Haut als ein heteroplastischer aufzufassen. Kohn.

Carter (85) (der auch in dem von Fox und ihm publicirten englischen Enqueteberichte [s. diese Viertelj. 1876 p. 473] über denselben Gegenstand referirt hatte) hat durch mikroskopische Untersuchungen als Ursache des Bouton de Biskra eine Pilzbildung festgestellt und die Geschwulst selbst als einen Granulationstumor erkannt. Die Krankheit beginnt mit einer kleinen Papel, die sich in einigen Tagen zum Knötchen ausbildet; der Knoten bekommt einen Schorf, derselbe stösst sich ab und nun besteht ein ausgesprochen indolentes Geschwür; die Eruption dauert durch 4 – 6 Monate (November bis April), ist mehr oder minder dicht. Nicht selten bilden sich um eine Papel eine Anzahl secundärer Knötchen; die Röthung und locale Schmerzhaftigkeit ist gering, constitutionelle Störungen treten fast gar nicht ein. Ist die Ulceration sehr extensiv, dann nimmt sie einen serpiginösen Charakter an. Der gewöhnliche Sitz sind Gesicht, Arme und Beine. Die Erkrankung hat durchaus nichts mit Lupus und Syphilis zu thun.

Die Untersuchung frischer Erkrankungsherde zeigt einen Granulationstumor, die blassen Rundzellen liegen dicht in der Cutis und bewirken ein Auseinanderdrängen der subcutanen Bindegewebsmaschen und eine Verflachung der Papillen. Die Haarbälge sind comprimirt, ebenso die Schweissdrüsen. Um die Drüsen herum sind die Rundzellen sehr reichlich gelagert; die Blutgefässe vermehrt und erweitert, besonders im Corium. Auf Querschnitten sieht man besonders gut, wie

die Lymphgefässe und -Räume anstatt mit Lymphe, mit Micrococcus-artigen körnigen auch Myceliumstructur besitzenden Massen gefüllt erscheinen. Das Mycelium ist zusammengesetzt aus glänzenden, gerade oder leicht gewellten Fäden, die sich dichotomisch theilen. In diesem Netzwerke liegen stellenweise glänzende Kugeln. Weder Essigsäure noch Kali verändert diese Gebilde; eine dunkle bräunliche Färbung trifft man nur in den Micrococcen-Gruppen. An Präparaten eines vorgerückten Stadiums findet sich die ganze Geschwulstmasse aus Granulationsgewebe zusammengesetzt; fettige Degeneration ist an den Zellen nicht bemerkbar; die Blutgefässe sehr reichlich. Daneben finden sich an allen Stellen, besonders zahlreich an den Schweissdrüsen und um die grösseren Gefässe herum helle orangenfarbene rundliche oder ovoide Partikel, die zu Nestern angeordnet sind; sie scheinen der terminale Fructifications-Zustand der pflanzlichen Neubildung zu sein. Die Krankheit soll nach Weber inoculirbar, ähnlich wie die Beule von Delhi und Aleppo sein. (Die Untersuchungen über Aleppobeule haben bisher von keinem Pilz gesprochen; bei aller Reserve, die einer positiven wissenschaftlichen Angabe gegenüber Pflicht ist, möchten wir doch annehmen, dass die Charakterisirung einer Geschwulst als Granulationstumor und zugleich als Pilzformation zu viel beweist, wenn mit beiden das Essentielle des Krankheitsvorganges getroffen werden soll. A.)

Aus einer Warze im Nacken entwickelte sich nach Campana's Schilderung (86) in unauffälliger Weise bei einem sonst gesunden Individuum beiläufig innerhalb dreier Monate eine mit kurzem Stiele aufsitzende, über haselnussgrosse Hautgeschwulst, welche einen kurzen Fortsatz trug, der in der Achse des Stieles und diesem gegenüber sass. Die Geschwulst war sonst rund, glatt, dunkelroth, mit graulich-weissen Ramificationen, fühlte sich elastisch an und war auf Druck wenig empfindlich; der Fortsatz war hornartig und unbeweglich. Das ganze Gebilde ward abgetragen, worauf bald Vernarbung der Schnittfläche eintrat.

Ein Durchschnitt durch dasselbe zeigte mikroskopisch eine dichte, derbe Hülle, welche Sepimente nach innen abgab, und umschloss eine relativ weiche Masse. Der Fortsatz zerfiel durch ein solches querverlaufendes Sepiment in zwei Räume, die eine der vorigen ähnliche Masse enthalten.



Die mikroskopische Untersuchung ergab Folgendes: Unter der ziemlich normalen Hornschicht und dem durch Fehlen von Papillarzapfen veränderten Malpigh. Stratum sieht man den oberen Theil des Corium mit erweiterten Gefässen und mässig granulomatös infiltrirt (fibromatöse Structur), den unteren (respective mehr inneren) Theil mit zahlreichen, neugebildeten, vorzugsweise spindelförmigen Zellen (sarkomatöse Structur). An der Peripherie: Bindegewebe mit zahlreichen Granulationselementen und relativ weiten Gefässen und Vacuolen (angio-cavernöse Structur). — Aus diesem Befunde folgt, dass man eine sarkomatös-cavernöse Warze vor sich habe, während der Fortsatz aus einer Epidermidalcyste hervorgegangen ist. Die Entwicklung ist analog der des Milium. Dafür spricht ausser negativen Gründen, welche das Atheroma molluscum contagiosum ausschliessen lassen, die zwiefelhautartige Anordnung der Textur. Wegen der Aehnlichkeit sieht sich V. veranlasst, durch eingehende Erörterung der Differential-Diagnose darzuthun, dass ein idiopathisches Melanosarkoma, ein cavernöses Angiom, ein Fibroma mollusciforme nicht vorliege. — Von Interesse ist eine histologische Bemerkung des V., welcher im Stratum Malpigh. eine Schichte polygonaler Zellen fand, deren Kern an der Peripherie eine halbmondförmige Auftreibung zeigte — Hydrops nuclei — ein Vorkommniss, das als Zeichen der Theilnahme der Elemente an einem irritativen Processe angesehen wird. Der V. legt besonderen Nachdruck darauf, dass der Hydrops nicht im Centrum, um den Nucleolus herum begonnen hat, was sich nach des Autors Behauptung auch bei der Sclerose (Syphilis) finden soll. Kohn.

Tanturri berichtet (87) über 6 von 8 beobachteten Fällen von idiopathischem Hautsarkom und liefert folgendes Resumé:

Die Neubildung begann an den Extremitäten in Form von blaurothen Flecken, umschriebenen Knoten, letztere bedeckt von normaler oder rothbrauner Haut, disseminirt oder gruppirt, schmerzlos, niedrig oder erhaben, umgeben von normaler oder diffus infiltrirter odematöser, rothblauer Haut. In ihrem Gefolge tritt Anschwellung auf, sogar förmliche Elephantiasis mit Functionsstörung und heftigen, besonders Nachts zunehmenden Schmerzen. Ausserdem entwickeln sich auch Knoten an der Haut des Unterleibes und der Epididymis. Schliesslich werden auch die gesunden Hautreste zwischen den Knoten Sitz der Neubildungen. Letztere gehen mannigfache Verän-



derungen ein; sie können erweichen, exulceriren, wobei die unterliegenden Gewebe in den Schmelzungsprocess hereingezogen werden können — oder sie werden schwielig, warzenähnlich und atrophiren. Oberflächliche Arterien verdicken sich, werden ungleich im Caliber, schlängeln sich stärker, und geben einen starken, schnellen und schwellenden Puls, der an einzelnen Stellen sichtbar wird. Lymphdrüsen gehen eine indolente Vergrösserung ein. Verticalschnitte von Präparaten der erkrankten Haut zeigen Verdickung der Epidermis, welche ein durchscheinendes Stratum bildet; die polygonalen Zellen des Rete Malpigh. sind von einer sehr feinen Streifung umgeben; tiefer scheint eine Zunahme rundlicher Zellen mit Kernen stattgefunden zu haben; die gewöhnliche Begrenzungsform der Malpigh.-Schicht ist geschwunden. Im Corium finden sich compacte Infiltrationen ovalärer oder runder Zellen mit Kernen von verschiedener Grösse, intercelluläre Räume mit eigenen Wänden, mit Zellen infiltrirt, mit geschwellten Endothelzellen besetzt, die pigmentlose Blutkörperchen einschliessen.

Schnitte aus anderen Knoten zeigten das äussere Stratum der Epidermis und das Malpigh. Stratum an vielen Punkten verdickt und gleich unter ihnen die Zelleninfiltrationen der Cutis beginnend. Man erkennt keine Papillen. Es finden sich zahlreiche Agglomerate von gelblichen, grünlichen Pigmentkörnern und Massen von spindelförmigen Zellen, welche sich von dem präexistenten Bindegewebe deutlich sondern. Die oben erwähnten Räume mit den zellig infiltrirten Wänden, geschwelltem Endothel etc. sieht man noch deutlicher und sie geben dem Ganzen das Aussehen eines Angioms.

Ein Durchschnitt aus einem warzenähnlichen Knoten zeigte die Structur einer Schwiele; kernlose verlängerte Oberhautzellen, welche fibröse Fascien zu bilden schienen. Die Malpigh. Schichte zeigt da Atrophie, dort Hypertrophie, von Papillen und Epithel-Zapfen keine Spur. Talg- und Schweissdrüsen sind untergegangen. Im Corium finden sich spindelförmige Zellen mit feinen Ausläufern, die untereinander anastomosiren und ein sehr zartes, fibrilläres und leicht granulirtes Gewebe darstellen. Dann sieht man die oben beschriebenen Pigmentkörnerhaufen, Hohlräume und Bindegewebszüge neuer Bildung. Die von dem oberen Gefässnetze der Haut abgehenden Schlingen haben zahlreiche Kerne in ihren Wänden und sind von vielen neugebildeten, runden Zellen mit Kernen umgeben.



Das Allgemeinbefinden der Kranken wird in einzelnen Fällen durch Fieber gestört (38—39° Abendtemperatur), in anderen Fällen bleibt es normal. Kohn.

Busch gibt (88) eine Darstellung der Genesis des Haut-Epithelioms vom klinischen Standpunkte aus. Als Vorläufer beobachtet man nicht selten eine Hornschuppe, welche der Hautoberfläche fest anhaftet; hebt man diese Schuppe vorsichtig ab, so sieht man von ihrer unteren Fläche zahlreiche Hornzapfen abgehen, welche sich in die Cutisfollikel einsenken. Die Haut ist nach dem Abheben des Plättchens nicht excoriirt, sondern noch von einer zarten Epidermislage bedeckt. Die Cutispapillen sind an diesen Stellen hypertrophisch.

Dieser Zustand kann Jahre lang bestehen und endlich kommt es zu lebhafterer Wucherung der Epidermiszapfen in die Tiefe, es entwickelt sich ein Krebsgeschwür.

Verhindert man die Ansammlung von Epidermismassen und somit auch die permanente Reizung der Cutis durch dieselben, so verhindert man damit gleichzeitig die Entstehung von Carcinomen.

Es eignen sich hiezu am besten Waschungen mit Sodalösungen von 0·5 %, nachdem man die Epidermisplatte durch Umschläge mit einer stärkeren Lösung (von 1—2·5 %) beseitigt hat.

Verf. gibt an, dass er bei Anwendung der Waschungen auch seltener Recidive beobachte als sonst.

Bei bereits entwickeltem Krebsgeschwüre war die Sodalösung, wenn das Leiden an der Lippe sass, erfolglos, doch wurde in einigen Fällen von Ulcus rodens der übrigen Gesichtshaut durch Auflegen von Sodalösung in der That vollständige Heilung erzielt (? A.). Zuweilen widerstanden die stärker ausgewachsenen Papillen in der Mitte des Geschwüres länger, während die Ränder bereits überhäutet waren; in solchen Fällen wurden die Papillen durch Bleiessiglösung und Druckverbände zum Schrumpfen gebracht, worauf die Heilung wieder weitere Fortschritte machte.

Auf den Brustwarzen namentlich älterer Frauen kommen nicht selten Epidermisauflagerungen vor, welche eine Verstopfung der Ausführungsgänge und somit eine Reizung der Drüse zur Folge haben können. Wenngleich der Zusammenhang dieser Auflagerungen mit Brustcarcinom nicht erwiesen ist, so dürfte sich die Entfernung derselben doch empfehlen.



Stroganow untersuchte (89) einen Hauttumor, der mikroskopisch die Eigenschaften des Epithelioms (Epithelnester im Bindegewebe etc.) zeigte, und doch während des Lebens niemals Beschwerden verursacht und nie Metastasen gesetzt hatte.

Er schliesst daraus, dass zur Diagnose eines Carcinoms ausser dem histologischen Befunde auch die klinische Symptomenreihe der Bösartigkeit nothwendig sei. Was die Histologie betrifft, erörtert er das Vorkommen atypischen Epithelwachsthums unter verschiedenen Bedingungen und begründet einer Abhandlung von Winogradow (Russ. Journ. f. norm. path. Anat., 1875) über Pseudoepitheliome und Endoepitheliome gegenüber seine schon früher (s. diese Viertelj. 1876, pag. 86) auseinandergesetzten Anschauungen über das Entstehen von Epitheliom durch Umwandlung des Endothels der Lymphbahnen im Epithel.

Lažansky beschreibt (90) folgenden Fall von diffuser Warzenbildung mit dem Uebergang in Epitheliom von der Klinik Pick's in Prag: Auf der früher angeblich normalen Haut der Brust- und Rückenfläche eines 67jährigen Webers waren seit 15 Jahren ganz allmälig hanfkorn- bis linsengrosse, ganz trockene, plane, schmutziggelbe Erhabenheiten entstanden, die später dunkler, manche sogar schwarz wurden, und im Breiten- und Höhendurchmesser im Laufe der Jahre unmerklich zunahmen. Vor 8 Jahren bemerkte der Kranke unterhalb des rechten Schlüsselbeins eine ähnliche Efflorescenz von dunkler Farbe und der Grösse einer Erbse, die er vor etwa zwei Jahren wegzukratzen versuchte. Die Stelle blutete etwas, es bildete sich dann eine kleine Kruste, die theils zufällig, theils absichtlich wiederholt abgelöst wurde, wodurch sich jene wunde Stelle immer vergrösserte.

An der Brustfläche, am Bauche und in den Genitocrural-Beugen, ferner am Rücken und Nacken zeigte sich bei der Aufnahme die Haut etwas dunkler pigmentirt und mit zahlreichen, verschieden grossen und verschiedenfärbigen Flecken und warzenartigen Gebilden wie besäet. Dieselben sind besonders dicht an der Brustfläche und zwischen den Schulterblättern; ihre Grösse variirt zwischen 1 Mm. bis 1 Ctm. im Durchmesser. Die kleinsten erscheinen eigentlich wie blassgelbe Pigmentanhäufungen, die kaum wahrnehmbar über das Niveau erhaben sind, während die mittlerer Grösse, schon deutlicher



über das Niveau erhaben, sich als Schichten von verhornten Epidermiszellen präsentiren, die auf einer fast glatten Oberfläche lagern und dunkel- oder schmutziggelb aussehen. Beim Abkratzen derselben findet nur hie und da eine minimale Blutung statt. Ihre Oberfläche ist ganz glatt, indem die Hornschichte noch eine für alle in der Tiefe befindlichen Papillen gemeinsame Decke bildet. Die Efflorescenzen von grösstem Durchmesser bilden förmliche an der Oberfläche geriffte, trockene Warzen von gelbbrauner bis schwarzer Färbung. Bei sämmtlichen ist die Oberfläche ganz trocken und lässt sich mit dem Nagel sowohl schichtenweise als auch in toto leicht von ihrer Unterlage ablösen. Kratzt man eine solche erhabene Excrescenz weg, so bleibt eine leicht blutende Coriumstelle zurück, ohne dass dadurch der Kranke einen bedeutenderen Schmerz empfinden würde. Die warzigen Efflorescenzen haben eine planconvexe Oberfläche, die meist den doppelten Durchmesser ihrer Basis hat. Unterhalb der rechten Clavicula ist eine intensiv rothe, nierenförmige Narbe von 6 Ctm. Länge und 4 Ctm. Breite; dieselbe ist etwas über das Niveau erhaben und ihre Oberfläche mit dünnen, trockenen Borken bedeckt. Im Centrum derselben eine $^1/_2$ Centim. dicke, schmutzig rothe Borke, nach deren Ablösung man eine unregelmässig polygonal gestaltete, etwas anämische, gelbröthliche, von feinen Teleangiektasien durchsetzte Granulationswucherung von 3 Ctm. Länge und $1^1/_2$ Ctm. Breite findet; dieselbe ist von sulziger Consistenz, leicht blutend, deren Oberfläche theils höckrig, theils auffallend glatt, secernirt eine geringe Menge einer klebrigen Flüssigkeit, die rasch eintrocknet und dann eine dünne trockene Borke bildet. Die Ränder sind scharf abgesetzt, von normaler Hautfarbe, jedoch hart und nicht verschiebbar; stellenweise ganz abgeflacht, gleichsam die Tendenz zur Uebernarbung zeigend. Sonst waren keine Erosionen, auch die Drüsen nirgends geschwellt. — In der Afterfalte ist die Haut und deren Uebergang in die Anusschleimhaut bedeutend verdickt, derb, die Anusfalten hypertrophisch, mit zahlreichen mehr oder weniger tiefen Erosionen bedeckt. Daselbst bedeutendes Juckgefühl.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man an den kleinsten und jüngsten Efflorescenzen eine geringe Hyperplasie der Epidermis, die Zellen derselben sind platt, meist kernlos, der Papillarkörper zeigt nichts Abnormes, das Malpighische Stratum nicht verdickt. An den grösseren Efflorescenzen war das Hornstratum be-



deutend mächtiger, stark pigmentirt, die Papillen daselbst verlängert, etwas verdickt, deutlich mit Gefässschlingen ausgestattet. Die grossen, wahre Warzen bildenden Auswüchse zeigen verlängerte, sehr massenhaft verdickte, etwas sclerotische mit deutlichen Gefässschlingen ausgestattete Papillen, zwischen denen sich die in sämmtlichen Schichten reichlich pigmentirten, dicht geschichteten Zellen der Epidermis einsenken. Was die Granulationen unterhalb der rechten Clavicula betrifft, so zeigten sie sowie auch der Rand ganz exquisit die klinischen Symptome eines Carcinoms. Dies fand auch durch die mikroskopische Untersuchung seine Bestätigung, denn es zeigten die Granulationen blos einen sehr schmalen oberen Saum von charakteristischen Granulationszellen, der grössten Dicke nach aber fand man ein massenhaft gewuchertes, stellenweise eine atypische Form annehmendes Epithel, das in Form von länglichrunden Zapfen zwischen die Faserzüge des Bindegewebes eindrang.

Es war somit in diesem Falle eine erst im Alter aufgetretene massenhafte Warzenbildung in den verschiedenen Stadien der Entwicklung zu constatiren, ferner das Auftreten eines Epithelioms an Stelle einer solchen lange bestandenen Warze als deutlicher Beleg für die existirende Wechselbeziehung hyperplastischer und carcinomatöser Zustände. Es dürften solche Excrescenzen besonders bei alten Individuen viel leichter zu bösartigen Neubildungen ausarten, als bei jüngeren.

I. Neumann schildert (**91**) einen Fall von Nerven-Naevus bei dem neugeborenen Kinde einer 25jährigen Frau. Dasselbe zeigte ad nates rechts und an der rechten unteren Extremität mattweisse Wucherungen in regelmässig angeordneten Linien und Streifen, die namentlich an der Fusssohle das Aussehen von an einander gereihten bläschenförmigen Efflorescenzen hatten, die jedoch bei der Berührung durch derbes Gefüge, durch ihre drusig unebene Oberfläche sofort als warzenförmige, spitze und flache Papillarhypertrophien leicht zu erkennen waren. Diese Neubildungen waren ad nates und an der Aussenfläche des rechten Oberschenkels dicht gedrängt, hirsekorngross, in Streifen von 1—2 Ctm. Breite; sie fanden sich ferner circulär am Perinäum und um die grossen Labien als etwa 3 Mm. breite Streifen; an der Aussenfläche des Unterschenkels sind drei 1 Ctm. lange und



2 Mm. breite, linienförmig angeordnete Protuberanzen. Am schönsten entwickelt sind jedoch die Wucherung am Fussrücken und an der Fusssohle; auf ersterem finden sich drei parallel ziehende, $^1/_2$ Ctm. breite Streifen; der eine zieht von der Seitenfläche der Ferse aus und endet an der kleinen Zehe, der zweite beginnt an der Furche zwischen Unterschenkel und Fuss und endet an der zweiten Zehe; endlich der 1 Ctm. breite unterbrochene Streifen endet an der vierten; an dem dritten findet sich eine Wucherung von etwa Linsengrösse; schliesslich sind an der Fusssohle zwei $^1/_2$ Ctm. breite Streifen, welche an der Ferse beginnen und von denen der eine an der kleinen, der zweite an der vierten Zehe endigt.

Vergleicht man die Ausbreitung der Neubildung mit der Vertheilung der Hautnerven, so findet man die Anordnung in der Richtung des Nerv. cutaneus femor. poster. (Rami cutanei perineales), N. cut. femor extern., N. cutaneus surae extern., N. peroneus superficialis (R. medius R. internus), Nervus dorsalis digitor., Nerv. peroneus profundus (R. med. et intern.) der Nervi dorsales digitor. min. ext., Nerv. plantar. ext. et intern. Am breitesten sind die Efflorescenzen längs der Verzweigung der Nerv. cut. femor. poster., hierauf an den Nerven des Fussrückens und der Fusssohle. Die schmalsten Auflagerungen sind am Perinäum und an den Waden.

Die Wucherung nahm in den ersten zwei Monaten zu und an der Fusssohle wurde ihre Farbe gelblich; allmälig fingen dieselben zu schwinden an, und zwar zuerst an der Wade, hierauf am Schenkel und schliesslich am Fusse, so dass gegenwärtig ein Streifen an der Fusssohle von 3 Mm. Breite und $1^1/_2$ Ctm. Länge, ebenso an der vierten Zehe ein kleiner breiter Streifen vorhanden ist.

Was nun diesen Fall vor den bisher bekannten Fällen auszeichnet, ist nach dem Vortr.:

1. seine vollständige Entwickelung noch während des intrauterinalen Lebens;

2. seine spontane Heilung, da ja bekanntlich Naevi gewöhnlich weiter sich entwickeln;

3. liefert er einen Beweis mehr, dass die Ichthyosis congenita (denn als partielle Ichthyosis müssen wir ja auch die Nerven-Naevi ansehen) auch gleich bei der Geburt erscheine.

Wood constatirt (**92**) das häufige Vorkommen von Leucodermie (Vitiligo) in Nordkarolina. Der allgemeinen Anschauung aller englischen und deutschen Aerzte entgegen, dass das Uebel unheilbar sei, behauptet Verf. einen Neger gesehen zu haben, bei welchem 9 Jahre nach Beginn des Uebels die Wiederablagerung von Pigment in der Reihenfolge, wie es geschwunden war, sich wieder gezeigt habe. An einigen Stellen soll die alte Hautfarbe schon beinahe wieder restituirt sein.

Während die lineäre Hautatrophie eine keineswegs seltene Affection ist und meist in mehr oder weniger parallelen Curven vorzüglich an Hüfte und Lende erscheint, ist die maculäre Form der Atrophie, nach Liveing (**93**), bedeutend seltener, bietet aber grössere Leichtigkeit zum Studium der verschiedenen Stadien der Erkrankung. Dieser lassen sich drei unterscheiden. Das erste charakterisirt sich durch geringe Röthe und gutmarkirte Hypertrophie, da die Flecken über die Haut emporragen und hart und fibrös sind. Diese Vergrösserung weicht bald einer atrophischen Veränderung und die weissen Flecken bieten das Bild des zweiten Stadiums. Durch den Contrast zwischen den blauweissen Flecken und der umgebenden gesunden Haut wird die Veränderung sehr auffallend. Diesem zweiten folgt ein drittes oder Endstadium, in welchem die Flecken zwar nicht völlig schwinden, da man bei genauer Inspection noch sehen kann, wo sie gesessen, dennoch aber besonders an den ältesten Stellen bedeutend an Grösse verlieren, gleichsam als ob durch eine Art seitlicher Compression die gesunde Haut die Flecken verdrängt habe. Nach den weiteren Ausführungen des Verfassers dürfen wir daher diese Erkrankung nicht als einfache Hautatrophie ansehen, sondern müssen, da das hypertrophische Stadium der Rückbildung vorangeht, sie in nahe Beziehung zum Scleroderma bringen. Schumacher II (Aachen).

94. **Grawitz.** Beiträge zur systematischen Botanik der pflanzlichen Parasiten mit experimentellen Untersuchungen über die durch sie bedingten Krankheiten. (Virchow's Arch. LXX. S. 546, 1877. — Ctlbl. Nr. 50, 1877.)

95. v. **Erlach.** Notizen aus dem Gebiete der Dermatomykosen. (Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte Nr. 13, 1877.)



96. Wigglesworth. Auto-Inoculation vegetabilischer Hautparasiten. (Arch. of Derm. Jan. 1878. — Verhdl. d. Am. Derm. Assoc. 4. Sept. 1877.)

97. Lang. Ueber Impetigo contagiosa und ihre Stellung zur Dermato-Mykosis tonsurans. (Wiener med. Presse Nr. 51 1877.)

98. Michelson. Ueber Herpes tonsurans und Area Celsi. (Nach einem im Verein für wissensch. Heilk. in Königsberg gehaltenen Vortrag. — Volkmann's Sammlung klinischer Vortr. Nr. 120, 1877.)

99. Majocchi. Zehn Fälle von „Kerion Celsi". (Gazz. med. di Roma, Nr. 5, 1877.)

100. Bulkley. Ueber das Eczema marginatum von Hebra (Tinea circinata cruris,) in Amerika. (Arch. of Dermat. IV. 1. Jänn. 1878.)

101. Buchner. Ueber Pilze bei Area Celsi. (Sitz. d. ärztl. Vereins in München. Nov. 1877. — Prager med. Woch. Nr. 51, 1877.)

102. Ritchie. Ueber die Behandlung von Pityriasis versicolor. (Edinb. med. Journ. CCLIX. S. 604, 1877.)

103. Robinson. Sycosis. (New-York med. Journ. August u. Septemb. 1877.)

104. Duhring, White. Ueber „Fragilitas crinium". (Arch. of Derm. IV. 1. Jänn. 1878. — Verhandl. d. Am. Derm. Soc. 6. Sept. 1877.)

105. Roeser. Ueber die Trichoptilose. (Ann. de Derm. et de Syph. IX, Nr. 3, 1878.)

106. van Harlingen. Die Pathologie der Seborrhöe. (Arch. of Dermat. April 1878. — Aus d. Verhandl. d. Am. Derm. Assoc. 4. Sept. 1877.)

107. Guttmann. Ueber Hautcysticerken. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26, 1877.)

Grawitz (**94**) beschäftigt sich mit der Frage nach der botanischen Stellung einiger in der Pathologie wichtiger Pilzformen. Er cultivirte dieselben in Reinculturen nach Brefeld's Methode und zwar zuerst den Soorpilz. In zuckerarmen Lösungen trieben die ausgesäeten Sporen desselben lange Zellen, die an ihren Spitzen und Seiten weiter wuchsen und sich verzweigten. Die Verzweigung fand durch Knospung nicht durch Theilung statt. Ausser diesen längeren Zellen bil-



deten sich aber in zuckerarmen Lösungen nur spärlich, in zuckerreichen Lösungen dagegen sehr reichlich runde Seitenknospen, die in letzterer Lösung oft in dichten Trauben angehäuft werden. In zuckerreichen Lösungen sind überhaupt die Zellformen kürzer, ja in ganz zuckerreichen werden gar keine gestreckten Zellformen gebildet, sondern es entstehen nur rundliche Knospen, die ihrerseits immer eben solche erzeugen, so dass vollkommen hefeähnliche Sprossverbände zu Stande kommen, — nur dass bei der Hefe die Zellen grösser und oval sind. In den Nährlösungen wird eine erhebliche Alkoholbildung durch den Soorpilz eingeleitet. — Wenn eine Cultur lange Zeit fortgesetzt ist und die Nährsubstanzen grösstentheils aufgezehrt sind, so geht der grösste Theil der Soorpilzmassen zu Grunde, ein kleiner Theil der Seitensprossen jedoch verwandelt sich in Dauersprossen. Aus der ganzen Art der Fructificirung des Pilzes folgt, dass derselbe nicht, wie man bisher gemeint hat, als Oidium zu betrachten ist, sondern den Mycodermen zugezählt werden muss. Bei der ausserordentlichen Verbreitung des Mycoderma vini ist die Häufigkeit der Soorpilze nicht zu verwundern. Durch die oben erwähnte Beobachtung der Hefeform des Pilzes wird aber auch der bisher unerklärliche Umstand verständlich, dass im Magen anscheinend niemals „Soor" gefunden wurde. Die hier vorhandenen Hefezellen sind eben nichts als eine Vegetationsform des Soorpilzes. Vf. hat nun auch experimentell Soor bei Thieren erzeugt. Er fütterte diese mit gekochter Milch, welcher Mycoderma vini beigemischt war. Eine Vorbedingung zum Gelingen des Versuches war (ausser der Zuführung der Pilzsporen) die, dass die Ernährungsbedingungen der Thiere ungünstige waren. In Uebereinstimmung mit den Erfahrungen bei Menschen wurden diese ungünstigen Ernährungsbedingungen dadurch hergestellt, dass g a n z junge Thierchen mit fremder, bei ihrer Ernährung nicht ohne weiteres zuträglicher Milch gefüttert wurden. Der Soorpilz gehört nach alledem zu denjenigen Pilzen, die zwar für gewöhnlich auf todtem Nährmateriale leben, aber im Stande sind auch lebendes Gewebe für ihre Zwecke zu verwenden.

Weiter haben die Versuche des Vf. denselben zur Ueberzeugung gebracht, dass die Pilze des F a v u s (Achorion Schönleinii), des H e r p e s t o n s u r a n s (Trichophyton tonsurans), der P i t y r i a s i s v e r s i c o l o r (Microsporon furfur) sämmtlich e i n e e i n z i g e Pilzform darstellen und zwar dass gerade sie nichts sind als unter verschiedenen Ernährungsbedingungen wuchernde Formen des O i d i u m a l b i c a n s. Die Züch-



tung der ersten beiden Pilze ist dadurch ausserordentlich erschwert, dass die eingetrockneten Pilze nicht so leicht mehr zum Leben zurückzuführen sind. Alle bisherigen Züchtungen hatten nach der Angabe des Verf. immer nur durch Verunreinigungen hinzugekommene Pilzformen aufgezogen. Er bediente sich daher möglichst wenig eingetrockneter Favusmassen. Wenn es auch Anfangs schien, als ob die drei Pilze etwas verschiedene Formen darböten, die zwar dem Princip nach mit dem Oidium in der Art des Wachsthums übereinstimmten, aber mit diesem nicht identisch waren, so stellte sich doch bald heraus, dass man durch Veränderungen des Nährmaterials aus all den vier Pilzen dieselben Formen erzielen konnte. Vf. konnte auch durch alle vier rein gezüchteten Pilze bei Impfung zwischen die Lamellen der Epidermis exquisite Herpesformen erzielen. Dass er nicht im Stande war, die andern beiden Hautkrankheiten an sich selbst zu erzeugen, schreibt er dem Umstande zu, dass hierfür gewisse Vorbedingungen der Hautbeschaffenheit nothwendig wären, die seine Haut eben nicht darbot. Auch diese Pilze gehören also zu denen, die auf lebendem Gewebe sowohl, wie auf todtem Nährmaterial zu existiren vermögen.

Vf. beschäftigt sich nun auch mit der Frage, woher es denn komme, dass weder die Pilze, noch andere gelegentlich auf todten Gewebstheilen schmarotzende im Innern des lebenden Körpers zu existiren vermögen. Er unterwarf diese Frage zunächst einer experimentellen Nachprüfung. Dabei stellte sich heraus, dass bei directer Einspritzung von Sporen in's Blut (von Aspergillus, verschiedenen Mucorarten, Penicillium, Oidium albicans) sehr bald ein Theil durch Aufquellen und Zerbröckeln zu Grunde ging, ein anderer Theil durch die Nieren (und zwar ohne Gefässzerreissungen) ausgeschieden wurde. Ganz dasselbe geschah, wenn man die Sporenmassen in die Bauchfell- oder Brustfellhöhle hineinbrachte; nur fand man sie hier noch eine kurze Zeit in den abführenden Lymphgefässen angehäuft. In thierischen Geweben (namentlich Fettgewebe und Knochenmark) kamen die Sporen ebenfalls nicht zur Wucherung, sondern sie gingen entweder durch die eintretende Eiterung zu Grunde, oder sie wurden als unschädliche Fremdkörper abgekapselt, oder endlich sie wurden theilweise resorbirt. Das Letztere wurde dadurch nachgewiesen, dass vor der Einspritzung eine eiternde Wunde angelegt war. In dieser fanden sich dann Sporen vor: ein Zeichen, dass sie von den weissen Blutkörperchen, die hier als Eiterkörperchen zu Tage getreten waren, resorbirt



sein mussten. Diese resorbirten Sporen hatten bei ihrem schnellen Durchgange durch's Blut nicht einmal ihre Keimfähigkeit eingebüsst, wie durch Züchtungsversuche nachgewiesen wurde. Der Grund für dieses Untergehen der Sporen in der Blutbahn ist die Combination von folgenden vier Momenten, von denen jedes an und für sich allerdings nur erschwerend und hindernd für die Lebensprocesse der Sporen ist: 1. die Alkalescenz des Blutes und der Gewebe. Diese verlangsamt die Keimung so lange, dass inzwischen die Sporen durch das warme Blutserum aufquellen und zerfliessen können. 2. Die Bewegung des Blutes. Eine wirbelnde Bewegung lässt die höheren Pilzsporen gar nicht, niedere, wie die des Soorpilzes, nur schwer zum Keimen kommen (Gegensatz zu den Bacterien). 3. Der Mangel an freiem Sauerstoff. 4. Der Kampf um's Dasein mit den lebenden thierischen Zellen. Dieses letzte Moment wird dadurch schon wahrscheinlich gemacht, dass eine Concurrenz mit anderen unter den bestehenden Verhältnissen mächtigeren Organismen die Lebensprocesse höherer Pilze sehr beeinträchtigt, so die Gegenwart von wuchernden Bacterienmassen in einer Flüssigkeit. Aehnlich wirken nun die thierischen Zellen, wie dies namentlich auch das Untergehen der Pilze bei eintretender Eiterung beweist. Doch sind einzelne der vier Momente nicht so mächtig, dass sie nicht für die niederen Pilzformen, die auch sonst eher im lebenden Körper fortkommen (Soor und Oidium), die Möglichkeit einer Keimung liessen, wenn nur die hauptsächlichsten hindernden Momente in Wegfall gebracht werden. — Insbesondere hält der Vf. das Entstehen von Necrose in der Gewebsgrundlage für eine günstige Bedingung des Fortkommens niederer Pilze. (Die Resultate des Vf. sind von solcher Tragweite, dass ihre Prüfung dringend erforderlich scheint. A.)

Präparate, welche v. Erlach (**95**) von verschiedenen Formen von Mykosen der Haut anfertigte, belehrten ihn, dass nicht nur Herpes tonsurans und Favus, sondern auch Area Celsi identische Pilzbilder geben. Dass bei letzterer Krankheit so oft keine Pilze gefunden werden, könne darin begründet sein, dass periodenweise die parasitären Gebilde nur im Bulbus sitzen könnten. (? A.)

Zwei Fälle von Uebertragung von Herpes tonsurans von Hausthieren, welche Vf. beobachtete, führten ihn ferner zur Ansicht, dass eine Infection vom Thier aus sehr häufig sei, ferner dass die Pilz-



elemente nicht im Haarschaft, sondern nur zwischen Haarscheide und Haarschaft sitzen (Ist ganz unrichtig. A.), endlich, dass Bepinselung mit Jodtinctur oder Terpentin in 2—3tägigen Zwischenräumen zur Heilung genüge. Ueber die Erfolge einer Application von spirituoser 2% Salicylsäurelösung wird er später berichten.

Wigglesworth (96) stellte Auto-Inoculationsversuche mit Pilzen an der Haut an, indem er sie in verschiedenster Form, nass oder trocken, auf gesunde und excoriirte Hautstellen einrieb, einimpfte, auflegte oder in Follikel einbrachte, und bei beabsichtigter längerer Einwirkung durch Uhrgläser schützte.

Die Resultate dieser Versuche, deren Details von Interesse sind, ohne Neues beizubringen, fasst der Verf. in folgende Sätze zusammen:

1. Die vegetabilischen Hautparasiten sind nicht zu allen Zeiten und auf alle Personen übertragbar.

2. Wechselnde Intensitätsgrade oder wechselnde Dauer der Application sind erforderlich für das Gelingen der Einimpfung verschiedener Pilze auf derselben Haut. Heftigere Formen bedürfen tieferer Einimpfung.

3. Eine gesunde Haut kann der Einwirkung weniger intensiver (less severe) aber weiter ausgebreiteter Mykosen widerstehen und doch der energischeren Einimpfung intensiverer und seltenerer Formen weichen. Die Widerstandsfähigkeit des Bodens muss somit in Rechnung gezogen werden.

4. Extensität und Intensität stehen in umgekehrtem Verhältniss zu einander. Die milderen Mykosen sind die gewöhnlicheren und deuten auf einen Ursprung auf Häuten von geringerer Kraft.

5. Die verschiedenen Mykosen der menschlichen Haut besitzen jede ihre charakteristische Eigenthümlichkeit, obgleich ein Uebergangsstadium im Wachsthum einer Mykose bisweilen, z. B. im Bläschenstadium des Favus, anscheinend temporär oder länger andauernd eine der Formen einer verschiedenen Species vortäuschen kann.

6. So lange die botanischen und klinischen Beobachtungen in Bezug auf die Identität oder Nicht-Identität der Mykosen noch so wenig zuverlässig sind, wie jetzt, ist diese Frage als unerledigt zu betrachten.

Lang beobachtete (97) folgende Fälle von Mykosen: a) Ein zehn Jahre altes Mädchen mit Dermato-Mykosis tonsurans am behaarten Kopfe,



an der Haut des Nackens und Halses und des Stammes. Neben einer pfenniggrossen, mit weissen Schüppchen bedeckten Stelle am Hinterhaupte und am Scheitel, wo die Haare nur gekürzt und gelichtet erschienen, sah man eine andere über dem vorderen Ende der Pfeilnaht gelegene von dem Umfange eines Zwanzig-Kreuzerstückes, die bereits vollständig kahl geworden. Am Halse wieder befanden sich drei pfennig- bis kreuzergrosse Stellen der Haut, die geröthet, infiltrirt und mit feinen Schüppchen bedeckt waren, und deren Centrum bereits normales Aussehen darbot, während im Nacken einige hanfkorn- bis linsengrosse Blüthen, mit zarten Börkchen bedeckt, sich präsentirten, wie in späteren Stadien der Dermato-Mykosis tonsurans vesiculosa. — Ueber dem Brustbein und dem linken Rippenbogen sah man handschuhknopfgrosse Efflorescenzen mit lebhaft rothen infiltrirten Rändern und bereits erblassten, jedoch noch schuppenden Centren. — b) das 4 Jahre alte Schwesterchen zeigte seit etwa 8 Tagen folgenden Befund: Die linke Wange trug eine fast kreuzergrosse schon zusammengefallene Blase, von einem zarten, bereits im Vertrocknen begriffenen Epidermishäutchen bedeckt und von einem intensiv gerötheten Rande umringt. Auf der Gesichtshaut rechterseits befanden sich mehrere Efflorescenzen ähnlichen Aussehens, nur von kleinerem Umfange. An der Vorderfläche des rechten Oberschenkels, dann 3 Ctm. links vom Nabel und 2 Ctm. unterhalb der rechten Brustwarze, sowie auch an der Vorderseite des rechten Oberarmes sass je eine ungefähr erbsengrosse Efflorescenz von flacher, zusammenhängender, schmutzig-bernsteingelber Borke bedeckt, unter der die Haut roth und mit zarter Epidermis überhäutet erschien. Ausserdem aber sind noch drei Efflorescenzen (eine von dem rechten Unterkieferwinkel, eine in der Höhe der Brustwarze rechts von der Medianlinie und eine in der Lendenwirbelgegend) eruirt worden, welche von den bis nun erwähnten insoferne ein verschiedenes Aussehen darboten, als ihr Centrum in Ausheilung begriffen war und nur noch wenig schuppte, und als deren etwas infiltrirte, geröthete und desquamirende Ränder genau Dermato-Mykosis-tonsurans-Ringen glichen.

Es fanden sich zwischen den Epithelien zahlreiche Conidien und ein Mycelium, dessen Fäden nur wenig verzweigt waren und stellenweise eine sehr reiche Gliederung darboten, so dass sie auf einzelnen Strecken das Aussehen von Perlschnüren (Conidienketten) annahmen. Conidien und Mycelium erinnerten so lebhaft an Pilzlager von Tricho-



phyton tonsurans, das zur Controle auch Schüppchen von den Efflorescenzen der älteren Schwester untersucht wurden. — Die Bilder waren hier im Ganzen von den vorhin erwähnten nicht different, nur dass die Pilzfäden längere Glieder aufwiesen; man konnte aber auch ein und den anderen kurzgliedrigen Mycelfaden wahrnehmen. Dass die Fadenelemente an einer Stelle zu schotenförmigen Gebilden sich erweitert hätten oder an ihrem Ende in schotenförmige Kolben mit zelligem Inhalt — Kaposi's „Fructificationsorgane" — übergegangen wären, hat Verf. nicht gesehen. — Der Bruder dieser beiden Kinder zeigte später ebenfalls Herp. tonsurans am Nacken und Kopfe.

Bei dem jüngsten Kinde fand sich somit neben vereinzelten Dermato-Mykosis-tonsurans-Kreisen ein Ausschlag, welcher mit dem als Impetigo contagiosa beschriebenen congruent ist, und dessen Efflorescenzen an ihrem Rande von ähnlichen Pilzformen durchsetzt waren, wie die schuppenden Kreise und Scheiben bei dem älteren Mädchen, von welchem der Pilz auf die Haut des jüngeren Schwesterchens sich übersäet haben mag.

Die Impetigo dieses Kindes war somit evident durch den Parasiten der scheerenden Flechte bedingt, wie dies Geber schon früher nachgewiesen hatte (s. diese Viertelj. 1877 pag. 455).

Nach einem historisch-klinischen Excurse über Herpes tonsurans und Sycosis parasitaria, welche Verf. gleich Köbner als identisch ansieht, behandelt Michelson (98) eingehend die Area Celsi (Alopecia areata, circumscripta) und illustrirt dieselbe durch drei Krankengeschichten. Die Differentialdiagnose von Herpes tonsurans ist nur in Fällen von einzelnen scheibenförmigen Tonsuren der Area Celsi schwieriger, doch ist der Rand bei letzterer niemals scharf abgegrenzt oder erhaben, die Haare stehen in der Umgebung lockerer und sind trockener; in den Tonsuren selbst fehlen die Haare völlig oder sind durch Wollhärchen ersetzt, sind nicht wie bei H. tonsurans theilweise kurz abgebrochen; Efflorescenzen an der unbehaarten Haut wie bei Herpes tonsurans kommen bei der Area nie vor; Ansteckung ist nie nachweisbar, die A. Celsi kommt nur sporadisch vor (die Fälle von Ziemssen bilden eine zufällige Ausnahme); die Mittel gegen H. tons. bleiben hier wirkungslos.

Die parasitische Natur der Area hält Verf. für einen Mythus. Die histologischen Veränderungen sind nach dem Verf. folgende: Der



Wurzeltheil der abnorm kurzen und dünnen Härchen zeigte anstatt der Zwiebel eine keilförmige Anschwellung am unteren Haarschaftende; die Haarwurzel und ihre Scheiden verhornt, in dem Theile des Haars zunächst der Papille häufig spindelförmige spärliche, anstatt weicher, rundlicher, kernartiger Elemente. Der Haarschaft nur selten eine Andeutung des Markkanals zeigend, oder der letztere mit unregelmässigen Markzellen von körnigem Inhalte versehen; die Cuticula meist nicht mehr intact, mit durch das Ausreissen umgebogenen Rändern den Haarschaft wie ein Netzwerk umgebend. Am Haarschaft ferner unregelmässige, spindelförmige, bisweilen eingekerbte Auftreibungen, an deren Grenze die Cuticula scharf abschliesst ohne sie zu bekleiden. Die normale Längsstrichelung des Schaftes an diesen Auftreibungen deutlich markirt — wodurch nach dem Verf. ein Auseinanderweichen der Fasern und weiter jene „pinselförmige Ausfaserung", welche Baerensprung beschrieben hat, markirt wird. Beim Auszupfen folgen die unteren Theile der Wurzelscheiden in grosser Ausdehnung dem Haare. Die von Rindfleisch (dieses Archiv 1869 pag. 483 ff.) beschriebene kolbenförmige Anschwellung sah Verf. nicht wie Letzterer direct an atrophischen Haarkolben, sondern von der im Ganzen normalen Wurzel noch durch ein schmäleres Haarstück getrennt. — Doch hält er sie nicht für charakteristisch für Area Celsi; schon Baerensprung hat sie auch bei H. tonsurans wahrgenommen. Die von Rindfleisch beschriebene fettkörnchenhältige Zone des Schaftes hat Verf. ebensowenig als Boeck's Pigmentanhäufung innerhalb der Wurzelscheiden wahrgenommen.

Somit hält Verf. mit Baerensprung die Veränderungen bei Area Celsi für Zeichen einer Wachsthumshemmung des Haares, jedoch keiner charakteristischen, welche nicht bei Ernährungsstörungen verschiedener Art vorkommen könnte. Verf. spricht sich jedoch gegen die Baerensprung'sche Annahme eines neurotischen Ursprungs der Area Celsi aus, indem er sowohl die angebliche Herabsetzung der Hautsensibilität, als den Zusammenhang mit Nervenaffectionen für unerwiesen erklärt. Ebenso läugnet er die Stichhaltigkeit der Steinruck'schen Versuche (1838) (nach Durchschneidung des N. infraorb. und ischiad. seien bei Kaninchen die Schnurrhaare und die Haare an der Extremität ausgefallen) und hält den von Kaposi angegebenen Grund für die neurotische Hypothese, die hie und da beobachtete Heredität nämlich, für nicht zutreffend. Er selbst erklärt die Area Celsi für eine Folge



subnormaler Entwicklung des subcutanen Bindegewebes und der Hautgefässe — entsprechend den stets vorhandenen klinischen Zeichen von Blutarmuth und Zartheit der Haut, ohne jedoch diese Hypothese für schon bewiesen hinstellen zu wollen.

Im V. Buche des Celsus findet sich folgende Beschreibung einer Hautkrankheit, welche er Kerion nennt: „Die eine Art ist weisslich, sieht wie ein grosser, schmerzhafter Furunkel aus und zeigt, wenn er reif ist, eine grosse Anzahl von Löchern, durch welche eine leimartige eitrige Flüssigkeit aussickert; doch schmilzt die Geschwulst niemals vollständig. Oeffnet man sie, so findet man mehr verdorbenen Eiter als in einer Beule; auch sitzt die Geschwulst tiefer. Man trifft sie fast nur an behaarten Stellen."

Celsus unterscheidet hievon eine zweite Art, die etwas kleiner, aber mehr ulcerirt sein soll, so dass die Löcher je einem Haare entsprechen. Sonst ist kein Unterschied zwischen beiden Formen aus der Beschreibung zu entnehmen. Das Kerion des Celsus ist somit eine am behaarten Kopfe vorkommende Geschwulst, welche so viele Löcher zeigt, als sie Haarfollikel enthält, aus welchen eine viscide, vogelleimartige Flüssigkeit quillt; die Geschwulst vereitert nicht, die Haare jedoch fallen aus. Bisweilen ist besonders anfangs Schmerz vorhanden, die Halsdrüsen geschwollen.

Diese Geschwulstform wurde seit Celsus vernachlässigt; erst E. Wilson hat ihr in seiner englischen Ausgabe des Celsus wieder Aufmerksamkeit geschenkt. Im Jahre 1866 wies Tilbury Fox nach, dass die Krankheit durch den Pilz des Herpes tonsurans bedingt sei, welcher sich reichlich in den Haarscheiden abgelagert findet. Auch Wilson fand in mehreren Fällen Tinea circinata als Ursache des Kerion. Dubini hat im Giorn. Ital. delle Mal. ven. e della pelle 1866 pag. 7 die Krankheit ebenfalls unter dem Namen „Vespajo del Capillizio" (Wespennest) beschrieben, ohne ihre parasitische Natur zu kennen. 1871 publicirte Tanturri (Morgagni pag. 150) Einiges über das Kerion Celsi. 1875 hat nun Majocchi (99) wieder 10 Fälle veröffentlicht und mikroskopische Untersuchungen beigefügt (1877). Er weist nach, dass der Parasit seinen Sitz im Follikel längs des Haarschaftes, aber auch im Bindegewebe um den Follikel habe. Das Haar ist oft entfärbt, der Schaft hie und da zerstört, von Eiter umgeben. Der Haarbalg angefüllt von Epithelzellen, Eiterkörpern, Sporen und



Myceliumfäden. Die Talgdrüsen entzündet, ebenso die Hautschichten in der Umgebung. Verf. glaubt, dass der Pilz zuerst in der Hornschicht der Epidermis wie sonst das Trichophyton auftrete und dann erst durch Hinabsteigen in den Haarbalg die furunculöse Form, das Kerion erzeuge.

Auch bei Favus soll nach Verf. eine Art von Kerion vorkommen.

(Ref. hat solche Fälle ebenfalls gesehen; in der letzten Zeit erst einen, der mit den heftigsten Aetzmitteln behandelt worden war. Es ist gar kein Zweifel, dass die Erkrankung als ein auf dem Haupthaare vorkommendes Analogon der Sycosis parasitaria barbae, also als Folliculitis trichophytina capillitii aufzufassen ist. Was die Behandlung betrifft, empfiehlt Fox Epilation und leichte Parasiticida; Ref. hat beizufügen, dass die Krankheit weit hartnäckiger ist als der gewöhnliche Ringwurm. A.)

Das Eczema marginatum kommt nach Bulkley **(100)** in Amerika verhältnissmässig selten und mild vor und gelangt nur in der heissen Jahreszeit unter heftiger Zunahme des Juckens zu einiger Extensität. Zur Differentialdiagnose desselben von einfachem Eczem wird auf die Pilzelemente aufmerksam gemacht, ferner darauf, dass das echte Eczem im Gegensatz zum Eczema marginatum das Scrotum weit mehr afficire, als den anliegenden Schenkel und auch zu einer hochgradigeren Hautinfiltration führe, während bei Eczema marginatum centrales Abblassen der betreffenden Hautfläche sowie intensiveres Jucken vorhanden seien. Es sind 12 Krankengeschichten beigefügt; in einem Falle mit sehr ausgebreitetem H. tonsurans liess sich die Uebertragung der Krankheit in die Genitocruralgegend vom Halse und vom Gesicht nachweisen und auch eine Verbreitung dieses Uebels durch die ganze Familie. Vf. wendet als Hauptmittel eine möglicht starke Lösung von reiner schwefliger Säure an.

Buchner lenkt **(101)** die Aufmerksamkeit auf einen Befund, den er an einem Falle von Area Celsi gemacht, wo sich bei mit aller Sorgfalt ausgeführten Culturversuchen mit Haaren von der Peripherie der erkrankten Partie in ihrer Form charakteristische, den Schistomyceten ähnliche Pilze entwickelten, die auch nach ihrem biologischen Verhalten nicht zu den Schimmelpilzen gezählt werden können, deren endgiltige Classificirung aber dem Autor bisher nicht möglich war, da ihm das Material ausging, doch hoffe er durch diese Mittheilung die Aufmerksamkeit wieder auf diese Frage zu lenken.



Ritchie empfiehlt (**102**) bei Pityr. versic. und Onychomykosis Waschungen mit Seifenwasser und darauf folgende Einreibung von gleichen Theilen Acidum aceticum und Glycerin einmal täglich. Favus und Herpes tonsurans werden davon nicht afficirt.

Einer eingehenden Untersuchung, welche Robinson (**103**) über Sycosis angestellt hat, entnehmen wir folgende Thatsachen, welche die pathologische Anatomie dieser Krankheit betreffen: Die ersten Veränderungen finden in der perifolliculären Region statt und die darauf folgenden Veränderungen innerhalb des Follikels sind nur aus dem Entzündungsprocesse, welcher im umgebenden Gewebe seinen Ursprung hat, hervorgegangen. Niemals aber beobachtet man irgend eine krankhafte Veränderung in den eigenthümlichen Zellen der Follikel früher als im perifolliculären Gewebe, d. h. die Erkrankung ist primär eine Perifolliculitis. Die Ursache derselben liegt nach dem Verf. in dem Reize, welchen die älteren steifen Barthaare auf der Haut hervorbringen, und nur diese allein, nicht alle Haare eines Bartes. Daher die pustulöse Form.

Die Behandlung, welche Verf. empfiehlt, ist hauptsächlich Epilation, Reinlichkeit, anti-eczematöse Mittel; im acuten Stadium Blei und Opium, warme Umschläge, später Salben zur Entfernung der Krusten, dann Mercurialpräparate in geeigneter Verdünnung (Quecksilberoleat mit Morphin). Gegen das Rasiren des Bartes spricht sich der Verf. aus. (Ref. hat die besten Erfolge bei Sycosis, seitdem er täglich rasiren lässt, dann die pustulöse Fläche mit dem Schablöffel behandelt und hierauf ein Unguent. auflegt. Weder das Rasiren noch das Schaben verursacht nennenswerthe Schmerzen. Beim Epiliren werden die ohnehin lockeren kranken Haare ausgezogen, was ganz ohne Nutzen ist. Ref. glaubt, dass kaum ein Fall von Sycose seiner Behandlungsweise bisher widerstanden hat. A.)

Duhring beschreibt (**104**) den Fall eines bärtigen Mannes, dessen Gesichtshaut erythematöse und schuppige Stellen zeigte und bei welchem die Barthaare innerhalb der Follikel splitterten. Sie konnten leicht ausgezogen werden. Liess der Kranke den Bart wachsen, so verursachte ihm die Erkrankung viel Unannehmlichkeit. Verf. hat beobachtet, dass das Splittern der Haare nach 10tägigem Wachsthum derselben sehr gross war, und hält den Process für einen atro-



phischen, dessen Hauptsitz nahe der Hautoberfläche sei. Gewisse Theile der Haare zeigen gleichwohl hypertrophische Veränderungen.

In der Debatte wies White darauf hin, dass die Hypertrophie nur scheinbar und wie in einem von Beigel beschriebenen Falle durch die Trennung der Scheiden vom Haarschaft bedingt sei. Er hat Fälle der Krankheit gesehen, und glaubt, dass vielleicht die Splitterung ausserhalb des Follikels beginne und sich nach innen fortsetze.

Zu weiterer Aufklärung über diesen Vorgang erinnern wir an Folgendes: Im Jahre 1872 hatte Devergie zuerst (in den Ann. de Derm. 1872, siehe dieses Archiv 1873 p. 179) unter dem Namen Trichoptilose die oben erwähnte, nach Duhring's irrthümlicher Angabe bisher nicht beschriebene Erkrankung der Haare geschildert. Gleich darauf berichtete auch Billi in Florenz (dieses Archiv, ebenda) über zwei Fälle. Schon 1855 übrigens hatte Beigel Fälle von Auftreibung und Brüchigkeit, aber nur an Bart- und Augenbrauenhaaren beschrieben, und Hebra-Kaposi (II, pag. 176) hiefür den Namen Trichorexis nodosa vorgeschlagen, während die einfache Spaltung der Haare, welche von letzterer Form verschieden sei, den bei den alten Autoren schon üblichen Namen Scissura pilorum behalten soll. Ueber die Trichoptilose nun publicirt Roeser (**105**) eine Arbeit, in welcher die Identität beider atrophischen Formen, der knotigen und der Spaltform verfochten, und nachgewiesen wird, dass die Trichoptilose von Devergie oder die Scissura pilorum der alten Autoren das erste Stadium einer Haarkrankheit bildet, deren letztes Stadium transitorische oder definitive Kahlheit, local oder disseminirt, darstellt (Alopecia achromatosa).

Vf. hat nämlich gefunden, dass die Auftreibungen der Trichorexis nodosa einfach durch Auseinanderweichen der Haarschichten und den Eintritt einer Luftblase in das Mark des Haares gebildet werden, wie dies schon Beigel angegeben hatte und dass sich später bisweilen an der Stelle solcher Haare Plaques von Alopecia areata entwickeln. Dagegen kommt die einfache Scissura pilorum mit oder ohne Area Celsi bisweilen an den nach deren Heilung sprossenden jungen Härchen am Barte vor. Als Heilmittel hat der Verf. an sich selbst Tct. Cantharidum mit Tct. roris marini gemischt erprobt. (Die etwas unentschiedene Darstellung des Vf. lässt seinen Wunsch nach weiteren Untersuchungen gerechtfertigt erscheinen. A.)



van Harlingen gelangte bei der Untersuchung der sogenannten „Seborrhoea sicca" (**106**) zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Talgabsonderung rührt von fettiger Metamorphose der Enchymzellen der Talgdrüsen her. Diese Zellen sind homolog mit jenen des Stratum mucosum der Haut. Sie haben Nichts gemein mit den Zellen der Hornschicht.

2. Seborrhöe ist eine Krankheit der Talgdrüsen, charakterisirt durch Ausstossung einer vermehrten Menge von Talg, welcher mehr oder weniger in seinen chemischen und physikalischen Eigenschaften verändert ist. Bei Comedo und der eigentlich sogenannten Seborrhoea sicca ist das Secret zu einer fettigen Masse verdickt, während es bei der Seb. oleosa auf der öligen Consistenz verharrt. Die mikroskopische Untersuchung jeder dieser Affectionen zeigt Epithelzellen in mehr oder weniger vollständiger fettiger Degeneration und körnigem Zerfalle. Hornzellen kommen nur zufällig vor.

3. Gewisse Formen der Krankheit, welche bisher ebenfalls als Seborrhoea sicca bezeichnet worden sind, gehören nicht in die Kategorie der Talgdrüsenerkrankungen, da das pathologische Produkt in diesen Fällen nicht Talg ist, sondern Epithel von der Hornschicht. Talg kommt nur als zufällige Beimischung vor. Für diese Fälle scheint dem Verf. der Name Pityriasis oder Pityriasis simplex angemessen.

Verf. verweist übrigens zum Schluss darauf, dass schon Pincus (1867) und Piffard (1876) ähnlichen, von jenen Hebra's abweichenden Anschauungen Ausdruck verliehen haben.

Einen Fall von Cysticercus in der Haut erzählt Guttmann (**107**). Er betrifft einen Schneider von 63 Jahren, bei welchem an verschiedenen Stellen der Haut eine grosse Zahl schmerzloser kleiner Geschwülste, dicht unter der Haut liegend, elastisch, fast knorpelhart, verschiebbar, von Kirschen- bis Haselnussgrösse, beobachtet wurde. Die Untersuchung ausgeschnittener Geschwülste ergab Cysticercus. Symptome von Cysticercus in inneren Organen waren nicht vorhanden.



Syphilis.

1. **Walker**. Ein Fall von langdauerndem Priapismus. (Amer. Journ. April 1877; Allgemeine med. Centralzeit. October 1877.)
2. **Marty**. Ueber Endocarditis blennorrhagica. (Arch. gén. 6. Sér. XXVIII. p. 660. Déc. 1876.)
3. **Zeissl**. Zur Therapie des Trippers. (Allg. Wien. med. Zeitg. Nr. 2, 1878.)
4. **Lober**. Sandelholzöl gegen Tripper. (Bull. de Thér. XCII. p. 105. Febr. 15. 1877.)
5. **Alvares**. Behandlung der blennorrhagischen Epididymitis mit Jodoformsalbe. (New-York Medical Record. 13. October 1877.)
6. **Pirocchi**. Tayuya gegen phagedänische und scrophulöse Geschwüre und Blennorrhöe. (Giornale ital. delle malattie veneree e della pelle Dec. 1877.)

Ein 26jähriger Neger hatte ohne Ursache und ohne wollüstige Empfindung über Nacht eine Steifigkeit des Gliedes bekommen (**1**), an welcher nur die Glans nicht vollständig Theil nahm. Die Chloroformnarkose hatte keinen Einfluss, eben so wenig Application von Kälte, Bromkalium und Belladonna. Der Urin musste mit einem flexiblen Katheter entleert werden.

Nach 6 Tagen war Patient beträchtlich erschöpft, über Nacht trat profuser Schweiss ein. Heisse Bäder, Brechweinstein und Chloral wurden ohne Erfolg durchprobirt.

Am 18. Tage griff man zur Veratrumtinctur und gab sie dreistündlich zu 10 Tropfen, bis die Pulsfrequenz auf 60 herabgegangen,

Nach 3 Tagen war die Relaxation beträchtlich. Bevor sie eingetreten, war ein schmaler, harter Ring rings um die Corpora cavernosa 2″ unterhalb der Eichel fühlbar gewesen. Die Reconvalescenz



machte aber nur sehr langsame Fortschritte und sobald man das Veratrin aussetzte, wurde der Penis wieder hart und schmerzhaft. Der harte Ring war verschwunden. Nachdem nach Ablauf mehrerer Wochen die Heilung Bestand hatte, hatte der Patient häufig geschlechtliche Neigung, jedoch ohne dass Steifigkeit eintrat.

Marty hat eine Anzahl von Fällen beobachtet, wo bei sogen. Tripperrheumatismus gleichzeitig Endocarditis (2) vorhanden war. Die Resultate seiner Beobachtungen sind folgende:

1. Der Tripper kann sich mit Entzündungserscheinungen aller serösen Häute compliciren und direct auf jede derselben wirken.

2. Der Rheumatismus ist durchaus nicht immer das Zwischenglied zwischen der specifischen Affection und der Erkrankung der Serosa, während das gleichzeitige Vorkommen dieser beiden Complicationen häufiger ist.

3. Der erkrankte Organismus reagirt je nach seiner Disposition.

4. Die Complicationen von Seite des Herzens sind im Allgemeinen sehr selten. Der Ausgangspunkt ist gewöhnlich die Einmündungsstelle der Aorta.

5. Die specifische Endocarditis scheint dieselben Symptome und Gefahren wie die einfache Endocarditis zu bieten.

6. Das Endocardium scheint eben so oft betroffen zu werden, wie das Pericardium, wenn nicht häufiger.

Zeissl bespricht (3) die Resultate, welche er mit Kaolin (siehe über dieses Mittel diese Vierteljrsch. 1875 pag. 356, 1877 pag. 393) bei Tripper angestellt hat. Er liess Stäbchen durch Verrühren von gepulvertem Kaolin (Al_2 (SiO_3) + Hy Al_2 O_3) mit Glycerin anfertigen und täglich 4—5 Stück bei solchen Trippern, welche nahe daran waren, in das torpide Stadium überzugehen, in die Harnröhre einlegen. Die Resultate waren nach dem Verf. von jenen mit anderen antigonorrhoischen Mitteln nicht verschieden.

Lober (4) hat das Ol. Santali mit sehr gutem Erfolge in einer Reihe von Fällen gegen Tripper angewendet, von denen er vier ausführlich mittheilt. Vf. behauptet, dass man ohne Nachtheil das Sandelholzöl gleich beim Beginne eines acuten Trippers verordnen könne, und zwar mit sicherm Erfolg, wenn man das Mittel in



genügend grossen Gaben anwendet. Nach Tagesgaben von 6 bis 8 Gramm höre der Ausfluss rasch auf, der Schmerz werde noch viel rascher beseitigt. Schmerzhafte nächtliche Erectionen hat L. stets durch Pfeffermünzöl weichen sehen, das auch auf die Beseitigung der von der Urethritis herrührenden Schmerzen günstig einwirkte.

Widerwillen gegen das Mittel, Schmerz im Magen oder Durchfall hat L. nach Anwendung des Sandelholzöls nie beobachtet, auch der Appetit litt dabei nicht. Der Harn nahm einen starken Geruch nach Sandelholz an. Eine unangenehme Erscheinung, die L. nach der Anwendung des Mittels wiederholt beobachtete, besteht in mehr oder weniger heftigem Schmerz in der Lendengegend, der in einem Falle so heftig wurde, dass das Mittel nicht weiter angewendet werden konnte; der Schmerz erschien einige Minuten nach dem Einnehmen. Genauere Untersuchung des benutzten Präparates ergab, dass es mit Cederöl verfälscht war. Verf. ist überzeugt, dass der Lendenschmerz durch diese Verfälschung bedingt war. Er räth daher, da Verfälschungen des fraglichen Mittels sehr häufig vorkommen, das anzuwendende Präparat zuvor stets auf seine Reinheit zu prüfen, und theilt ein Verfahren mit, durch welches man die Gegenwart von Copaivbalsam und Cederöl im Sandelholzöle nach Durand (Etude sur les Santalacées. Thése de Paris 1874) nachweisen kann.

Aus vier behandelten Fällen zieht Alvares (5) folgende Schlüsse über den Werth des Jodoform gegen Nebenhodenentzündung: 1. Jodoform lindert nach 1—2 Stunden den Schmerz der Tripper-Epididymitis besser denn irgend eine andere Behandlungsmethode; 2. Jodoform hat sehr bedeutende resorbirende Kraft, ohne üble Folgezustände zu veranlassen, wie z. B. Mercurialsalbe; 3. Jodoform kürzt die Behandlung ungemein ab und verhindert consecutive Induration des Organs und endlich 4. passende Dosis ist eine Salbe aus 10 bis 20 Thl. Jodoform zu 300 Fett. Schuhmacher II. (Aachen).

Pirocchi theilt (6) fünf Fälle mit, auf Grund deren er glaubt die Behauptung aufstellen zu können, dass die 10-, 30-, 40fach verdünnte Tayuyatinctur, äusserlich mindestens vier Mal applicirt, eine die Vernarbung fördernde, antiseptische, tonische Wirkung habe. Sonst ist sie angezeigt bei allen Substanzverlusten, welche sich durch Sepsis, Phagedänismus, durch Secretion reichlicher Menge



serösen Eiters auszeichnen, folglich auch bei Wunden auf syphilitischer und scrophulöser Basis. Ferner ist die Tayuyatinctur adstringirend, in Folge dessen ist sie angezeigt bei Eiterung der Weichtheile im Allgemeinen. Beim Tripper wurde sie als Injectionsfluidum gut vertragen, jedoch hat sie sich nicht bewährt. Innerlich (1 Fall) täglich 12 Tropfen genommen bei gleichzeitiger äusserlicher Anwendung brachte sie ein über zwei Jahre altes Geschwür — welches bisher jeder Behandlung trotzte — in zwei Monaten zur Vernarbung.

Vajda.

7. **Zeissl.** Seltene Art der Infection mit Syphilis-Virus und seltener Sitz der durch die Infection hervorgerufenen syphilitischen Initialsklerose (Allg. Wiener med. Zeitg. Nr. 2 und 3, 1878.)
8. **Bumstead**: Das Gift venerischer Geschwüre, seine Einheit oder Zweiheit. (Aus den Transact. of the Internat. med. Congr. Philad. 1876. Philad. 1877.)
9. **Parrot.** Blasensyphilid. (Progrès médical Nr. 4, 1878.)
10. **Coutard.** Ein Fall von Leontiasis syphilitica. (Gazette des Hôpitaux Nr. 32. 1878.)
11. **Barone.** Ein Fall von Syphiloderma papillare des behaarten Kopfes. (Il movimento med. chir. Napol. 22. Jänner 1878.)
12. **Klemm.** Die Syphilis des Kehldeckels. (Arch. f. Heilkunde, 1. Heft, pag. 44, 1878.)
13. **Duret.** Ueber die Behandlung der syphilitischen Laryngitis. (The London med. Record. 15. Febr. 1878.)
14. **Tiffany.** Syphilis der Lunge. (Americ. Journ. of med. science. July 1877. — Centralblatt f. med. Wissenschaft Nr. 50, 1877.)
15. **Sacharjin.** Die syphilitische Pneumonie. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 3, 1878.)
16. **Thompson.** Phthisis syphilitica. (Lancet, 13. April, 1878.)

Zeissl berichtet (7) über zwei Fälle von seiner Abtheilung mit seltenerem Sitze der Primär-Infection: Im ersten Falle eine Initialsklerose an der Dorsalfläche des linken Daumens, entstanden durch Biss von Seite eines betrunkenen, wahrscheinlich mit einem syphilitischen Lippengeschwür behaftenen Kameraden; zugleich

Schwellung der Epitrochleardrüse desselben Armes; im zweiten Falle ein hartes Geschwür an der rechten Brust eines 17jährigen Mädchens nebst Achseldrüsenschwellung, in Folge Bisses und Saugens durch ihren Geliebten an dieser Stelle beim Coitus.

Bumstead hat (8) dem internationalen Congresse zu Philadelphia ein Referat über die Contagienfrage in der Syphilis erstattet (cfr. diese Vierteljahresschr. 1877, pag. 213), welches mit grosser Klarheit den gegenwärtigen Stand der Fragen präcisirt und insbesondere darauf hinweist, dass es sich gegenwärtig nicht mehr darum handle, ob es zwei verschiedene Gifte gebe, jenes der Syphilis und jenes des Schankers, sondern vielmehr: ob es neben dem Syphilisgifte überhaupt noch ein specifisches Gift gebe, welches venerische Geschwüre hervorbringe, d. h. ob der sogenannte weiche Schanker (der contagiöse Schanker, das Chancroid) nicht blos als Erzeugniss der Ueberimpfung von einfachen Entzündungsprodukten anzusehen sei.

Der Vf. hat sich in seinen Schlusssätzen (welchen der internat. Congress freilich nur mit Klauseln bestimmte, cfr. am oben angeführten Orte) entschieden für die letztere Auffassung ausgesprochen, wobei er es freilich vermeidet, die Bezeichnungen weicher und harter Schanker, Chancroid oder syphilitisches Primärgeschwür zu gebrauchen, sondern einfach behauptet, „venerische" Geschwüre könnten erstens durch das syphilitische Gift, zweitens durch Ueberimpfung von Entzündungsprodukten entstehen; überdies könne eine gleichzeitige Ueberimpfung dieser beiden Geschwürserreger erfolgen. Es erscheint uns aber von Interesse, aus der Abhandlung des Vf. gewisse Experimente hervorzuheben, welche die Frage betreffen, ob man mit Eiter nicht venerischer Wunden in Generationen fortimpfbare, dem weichen Schanker analoge Geschwüre erzeugen könne.

Ohne auf die bekannten früheren Versuche von Pick, von Kraus und Reder[1]), von Henry Lee, von Morgan[2]), endlich auf eine Andeutung Kaposi's aus dem Jahre 1873[3]), welcher keine Dar-

[1]) Siehe Auspitz. Die Lehren vom syphil. Contagium. Wien 1866.

[2]) Dieses Archiv, 1871, pag. 62 ff.

[3]) Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute, I. Bd. pag. 47.



stellung von eigenen Versuchen beigegeben ist, einzugehen, wollen wir nämlich hier den Bericht Bumstead's über bisher nicht veröffentlichte Experimente wiedergeben, welche Wigglesworth 1867 in Wien an sich selbst auf Veranlassung Zeissl's und unter Mitbeobachtung von Hebra, Neumann, Kaposi u. A. angestellt hat [1]).

„Ich constatirte zuerst, dass ich immer gesund, nie constitutionell erkrankt, nie von einer Haut- oder Schleimhautaffection localer oder constitutioneller Natur ergriffen und zur Zeit der Versuche nur ein wenig arbeitsmüde war. Ich nahm von einer Acnepustel von mir selbst Eiter und impfte denselben an drei Stellen an der vorderen Radialfläche meines linken Vorderarmes an der Uebergangsstelle des mittleren in das obere Drittel ein, indem ich zuerst die Mündungen von Haarfollikeln aufstach und dann den Eiter in dieselben einrieb. In 3—4 Tagen waren drei wohlcharakterisirte Pusteln entstanden. Von jeder derselben impfte ich Eiter auf die Haut desselben Armes näher dem Handgelenke und erhielt dadurch drei neue Pusteln und ebenso von dieser zweiten Serie wieder noch näher dem Gelenke drei neue Pusteln. Die zweite Serie war nicht ganz so deutlich markirt wie die erste und die dritte Serie etwas weniger kräftig als die zweite, doch waren alle neun gleichzeitig vorhandenen Pusteln deutlich entwickelt. Nach Entfernung der Krusten fand sich wahrnehmbare Ulceration der Haut. Es traten keine Drüsenschwellungen auf; die Wunden heilten bei einfachem Verbande. Die Narben sind heute noch sichtbar.

Ich habe durch diese Versuche mich und Andere davon überzeugt:

1. Dass Entzündungsprodukte in geeigneter Weise in die menschliche Haut eingeführt, locale Geschwüre erzeugen können, welche Chancroiden sehr ähnlich, in Generationen fortimpfbar sind.

2. Dass dieser Eiter weder von einer syphilitischen Person stammen, noch auf eine syphilitische Person übertragen sein muss. Stammt der Eiter von einer Person, welche durch irgend eine andere Krankheit als Syphilis geschwächt ist, oder wird er auf solch' eine Person übertragen, so dürfte zweifellos die Wirkung dieselbe, wahrscheinlich noch intensiver sein."

---

[1]) Wigglesworth erklärt in seiner Schrift über Autoinoculation vegetabilischer Parasiten der Haut (siehe oben pag. 473) die Darstellung Bumstead's für authentisch.



(Diese Versuche und die daraus gezogenen Schlüsse stehen den von Tarnowsky (diese Viertelj. 1877, pag. 19) publicirten Erfahrungen über „Reizung und Syphilis" vorläufig ebenso ohne Vermittlung gegenüber, wie den älteren von Bidenkap u. A. über die Impfung von syphilitischen Produkten auf Syphilitische und deren Resultat, die Entstehung in Generationen impfbarer wirklicher Schankergeschwüre (Pseudoschanker nach Tarnowsky). Eine Prüfung aller bekannten Versuche durch Hinzufügung neuer, welche die Bedingungen der Entstehung weiter impfbarer Geschwüre überhaupt vom allgemeinen Gesichtspunkte in Angriff nehmen, ist dringend geboten. Ref. glaubt hoffen zu dürfen, dass in dieser Richtung bald eingehende Erörterungen zu Tage treten werden. A.)

Parrot bezeichnet (9) den Pemphigus syphil. als den Repräsentanten der bullösen Syphilide, welcher von dem 6. Schwangerschafts-Monate an, bis ein Jahr nach der Geburt, aufzutreten pflegt, in der Regel ein einziges Mal, selten zweimal in 15—19tägigen Intervallen, und zwar jedesmal und zuerst am Halse und Thorax. Bei Erwachsenen kommt das bullöse Syphilid äussert selten oder gar nicht vor.

Das bullöse Syphilid ist nach dem Vf. nur dem Kindesalter eigen, ein bullöses Exanthem, speciell der Pemphigus neonatorum kommt nur bei syph. Kindern vor, nicht einen einzigen Fall habe P. noch secirt, wo nicht Lues nachgewiesen werden konnte.

Der Pemph. syph. kann zur Bildung von Pusteln, und am behaarten Theile des Kopfes zur Bildung von geschichteten conischen Krusten Veranlassung geben; im ersteren Falle nannte man es Ekthyma syph., im letzteren Rupia syph. Eine solche Benennung ist nach P. nicht statthaft, weil die ursprüngliche Form Pemphigus war. Vajda.

Coutard hat (10) einen Fall von Leontiasis syph. bei einer 59 Jahre alten Frau beobachtet, welche in ihren jüngeren Jahren drei Kinder zur Welt gebracht hatte; jedes der Kinder starb aber einige Tage nach der Geburt. Sie und ihr Mann waren angeblich frei von Syphilissymptomen. Ein Jahr vorher litt sie an Metrorrhagie (welche die letzte Menstruation darstellte). Von dieser geheilt, bekam sie Schlingbeschwerden und zahlreiche an verschiedenen Stellen des Körpers hervorbrechende Hautgeschwülste und wurde mit Jod in 5 Wochen wieder hergestellt. Sie verliess dann das Spital, kam aber bald wieder



mit Hals- und Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und mit einer Hypertrophie der Gesichtshaut, welche sich vom unteren Orbitalrande auf die Backen, Nase und Kinn erstreckte, gleichzeitig war das Gesicht Sitz einer tief greifenden Ulceration (wo? Ref.). Das hypertrophische Gewebe war von verticalen Furchen und unregelmässigen Narben durchzogen, Sensibilität des hypertrophischen Gewebes normal, Färbung kupferroth. Die Gaumenbögen und Gaumensegel Sitz von Geschwüren. Ausserdem waren Narben am Arm und Stamm vorhanden.

Eine gemischte Therapie (Sirop de Gibert) dann Alkalien hatten nach circa sechs Monaten eine bedeutende Besserung zur Folge. Diese Wirkung der specifischen Kur sowie der Umstand, dass keine Anästhesie, keine steatöse Degeneration des subcutanen Bindegewebes da war, keine anästh. Stellen sich je gezeigt haben, wie dies bei Lepra der Fall zu sein pflegt, ferner, dass das Uebel in einem Alter zum ersten Male auftrat, wo Scrophulose nicht zu erscheinen pflegt, bestimmten C. das Leiden Leontiasis syph. zu nennen. Vajda.

Barone beschreibt **(11)** einen Fall von syphil. Hautpapillom des Kopfes, welcher eine 40 Jahre alte Frau betraf, die seit Kurzem (?) angesteckt und im fünften Monate schwanger war. Der behaarte Theil des Kopfes war von gelbbraunen Krusten bedeckt; unter den letzteren befanden sich 1—2 Ctm. hohe, ebenso breite Excrescenzen mit wenig Aushöhlungen, nahezu ein Continuum bildend. Am Hinterkopf waren die Excrescenzen spärlich vorhanden. Noch spärlicher und niederer ad nucham, in plica nasolabiali, ang. oris, meat. aud. ext. Sie waren schmerzlos und juckten nicht; waren von eitrigem Schleim bedeckt, nach Fettsäuren riechend. An den Labien und in Falten der Nates waren ähnliche Excrescencen zu sehen. Ausserdem waren indolente Drüsentumoren und nächtliche Knochenschmerzen vorhanden. Auf Anwendung von Jodkalium und Quecksilberjodurpillen, Calomeleinstreuungen (nach Labarraque) wurden die Wucherungen flacher. Die Entbindung (in 8 mens. grav.) — wobei ein lebendes Kind zu Tage gefördert wurde — unterbrach die Kur, dennoch trat die Heilung ein.

B. führt die Ursache der Vegetationen zurück: 1. auf Intensität der Infection und Irritation. Für die erstere sprachen die nächtlichen Gelenksschmerzen; irritirend wirkten die vermehrten und zersetzten Hautsecrete, welche nicht entfernt wurden. 2. Auf den ver-



änderten Stoffwechsel bei der Gravidität, 3. auf die Präexistenz eines entzündlich ulcerösen Hautsyphilides. Vajda.

Nach Klemm (12) tritt die Syphilis des Kehldeckels zumeist ohne Schmerzen im 3.—6. Jahre nach der syphilitischen Infection auf. Die objectiven Symptome sind verschieden; bei der acut entzündlichen Form sieht man Röthung, Schwellung und oberflächliche Geschwürsbildung, bei der chronisch entzündlichen Form Infiltration der Submucosa in parte oder in toto (das Bild eines Oedems oder Abscesses vortäuschend). Die letztere Form führt mit der Zeit (K. sah es zwei Mal) zur Stenose. Die ulcerative Form geht manchmal aus der ersteren hervor, oder tritt von vorneherein als solche auf. Die Geschwüre treten zuerst stets am Rande der Epiglottis auf, von da aus zerstören sie manchmal die ganze Epiglottis. In der Umgebung der Geschwüre sitzen gewöhnlich höckerige Granulationen.

Begleitende Symptome sind am häufigsten Infiltration der Larynxschleimhaut (= Stenose) der plic. aryep., Rachengeschwüre, deren Secret überhaupt auf die Erkrankung der Epiglottis von grossem Einflusse ist, wie K. meint. Ausgang: Heilung, Stenosenbildung, wobei die Formveränderung der Epiglottis je nach dem Grade der Verschwärung, Granulationsbildung, Narbenausdehnung (Contraction) sehr verschiedenartig ist. Die Epiglottis-Syphilis kommt am häufigsten bei Weibern vor. Diagnose: ex concomitantibus. Therapie: Lapisätzungen, bei Stenosen leistet die Dilatation rasche Hilfe. Innerlich Sublimat und Jodkalium. Vajda.

Folgende Therapie empfiehlt Duret (13) bei Laryngitis specifica: Gegen das allgemeine Leiden: Hydrarg. protojod. $^1/_4$—$^1/_3$ Gran täglich drei Mal oder Sublimatlösung innerlich. Nach dem secund. Stadium Jodkalium. In hartnäckigen Fällen gemischte Behandlung. Eventuell tonische Mittel: Eisen, Chinin. Gegen das locale Uebel: vor Allem eine passende Diät, Alcoholica. Erkältungen sind zu meiden. Im Stadium der Congestion und oberflächlicher Erosionen: Insufflation von Tannin, Alaun, salpetersaurem Silber, noch besser Carbol-, Alaun-, Zinc.-sulf.-Spray. Im Stadium der Exulceration: Bepinselung mit Jodtinctur, Silber-, Kupfer- (1:30), Alaun- (1:15), Zink- (1:100) Lösung am besten in Glycerin oder aber Lapis, Kupfer in Substanz oder Chromsäure (1:8 Isambert). Im Stadium der Nekrose (cartil. lar.)



pflegt die Galvanocauterisation dem Fortschreiten des Leidens Einhalt zu thun. Bei zunehmender Asphyxie in Folge starker Schwellung der Gebilde empfiehlt der Vf. nach Isambert eine concentr. Chromsäurelösung (1:3), indem diese die Gewebe schrumpfen macht, verschafft sie der Luft einen leichteren Eingang (zwei Fälle geheilt); geschieht dies nicht, so ist die Indication für die Tracheotomie gegeben. Letztere ist im Allgemeinen angezeigt: bei hochgradiger entzündlicher Schwellung, Abscessen, Nekrose der Knorpel, Vegetationen, Gummata.

Vajda.

In fünf Fällen von Tiffany (14) wurde die Syphilis der Lunge in Form von interstitieller Induration beobachtet. Zweimal waren beide Lungenflügel, in den übrigen drei Fällen je einer erkrankt. Die Erkrankung präsentirte sich als eine partielle Gewichts- und Volumszunahme der Lunge, welche sich in den erkrankten Abschnitten derbelastisch anfühlte, als luftleer sich erwies, und bei der Herausnahme nicht collabirte. Die Schnittflächen waren feucht, die infiltrirten Stellen grau, fast ohne Spur von Pigment. Die Wandungen der Blutgefässe im Bereiche der indurirten Abschnitte verdickt, die Lichtung derselben verengt oder verschlossen, gleich jener der Bronchien; letzteres war jedoch zum Theil durch eine Compression von aussen her bedingt. Die Indurationsherde waren zumeist in den centralen Lungenabschnitten gesessen, wo sie zur Ulceration und Geschwürsbildung Veranlassung gaben. Die Lungen waren jedesmal von Tuberkeln frei, in zwei Fällen waren Darmgeschwüre in der Nähe der Ileocoecalklappe vorhanden. Resumé: Wesen der Erkrankung: graue (gummose) Infiltration der Lunge. Sitz: Die mittleren Antheile des Organes. Ausgang: Nekrotisirung, resp. Höhlenbildung, selten Vernarbung.

Nach Sacharjin (15) ist die syphilitische Pneumonie in vielen Fällen einer gewöhnlichen Lungenschwindsucht ähnlich, von welcher sie sich dadurch unterscheidet, dass sie auf Gebrauch von Jod und Merkur vollständig rückgängig wird, während die erstere darauf sich verschlimmert.

S. beobachtete bisher zwei Fälle, welche einander sehr ähnlich sind. Beide hiehergehörige Kranke waren 30 Jahre alt, der eine war jedoch seit 3 Jahren mit Hautgeschwüren und Periostitis tibiae, der andere fast 9 Jahre mit Nasenbeincaries behaftet. Das Lungenleiden



entstand und verlief bei Beiden gleich. Auf eine Verkühlung folgte etwas Fieber und Husten, beide besserten sich nach einwöchentlichem Aufenthalte im Zimmer. Status präs.: Körper abgemagert, Regio supra- et infra-clavicul. utr. eingesunken. R. O. Exspirium verlängert, entsprechend der ganzen Lunge ein mittelblasiges feuchtes Rasselgeräusch, Auswurf spärlich, Temp. normal, Puls etwas beschleuniget. Ohne Medication schwanden in 8 Tagen Husten, Auswurf und Rasselgeräusche. Auf Anwendung von Merkurialien (Decoct. Zittm., im 2. Falle 25 Einreib.) in 4 Wochen Kurzathmigkeit, Dämpfung. Die Diagnose der syphil. Pneumonie wird gesichert: 1. Durch die Anamnese (lange vorausgegangene Infection); 2. durch das Vorhandensein einer kräftigen Constitution; 3. Dämpfung ohne Fieber, ohne Hämoptoë; 4. durch guten Erfolg der Quecksilber- und Jodtherapie. Eine Combination der syphilit. Pneumonie mit gewöhnlicher Lungenschwindsucht, natürlich mit entsprechender Gestaltung der Symptome, hält S. für wahrscheinlich. Vajda.

Thompson berichtet (**16**) über zwölf neu beobachtete Fälle von syphilitischer Lungenphthise, welche bei zwei Männern und zehn Weibern vorkam, die zwischen 22—46 Jahre alt waren.

Das Leiden ist nach dem Vf. charakteristisch durch Dyspnoë; die Expectoration mässig oder stark, je nachdem Bronchitis fehlt oder da ist. Hämoptysis ist hiebei eine gewöhnliche Erscheinung, doch ist sie gewöhnlich sehr spärlich. Die Abmagerung ist proportionell nicht mit dem Lungenleiden, sondern der allgemeinen Cachexie. Die Haut zeigt eine oliven-bronze Färbung. Die Diagnose hatte Th. gestellt auf Grund der Anamnese (d. i. vorangegangene Syphilis-Infection), auf die begleitenden Erscheinungen: Haut-Schleimhaut-Geschwüre; auf das Vorhandensein einer Dämpfung des Percussionsschalles entsprechend den Lungenspitzen, und bronchiales oder rauhes Athmen (Exspirium). Der Verlauf zeichnet sich dadurch aus, dass eine „Liquefaction“ der Lunge selten eintritt, dem entsprechend ist feuchtes Rasselgeräusch selten. Die specifische Behandlung hat gewöhnlich einen günstigen Erfolg. Vajda.

17. Axel Key. Fälle von Syphilom der Nieren. (Hygiea XXXIX. 3. 5. Svenska läkaresällsk. förhandl. S. 35. 85. Mars, Maj. 1877. Schmidt's Jahrbücher, Band 175, Nr. 2, 1877.)



18. **Terillon.** Beitrag zum Studium der syphilitischen Gummata des Hodens. (Le Progrès médical Nr. 5. 2. Febıuar 1878.)
19. **Hutinel.** Ueber syphilitische Hodenerkrankungen bei Kindern. (Revue mensuelle de médicine et de chirurgie, II, 2, 10. Febr. 1878.)
20. **Mauriac.** Vorlesungen über die syphilitische Muskelerkrankung. (Ann. de Dermatologie et de Syphilis, VIII. Nr. 5, 1876—1877, IX, Nr. 1, 2, 1878.)

Die gewöhnliche Form der Veränderung in den Nieren bei Syphilis besteht in chronischer Nephritis, die Key (17) als hyperplastische bezeichnet, und die gewöhnlich mit Amyloidentartung verbunden ist, wirkliche specifische Gummata oder Syphilome in den Nieren sind dagegen äusserst selten. Diese seltene Affection hat K. in der kurzen Zeit von wenigen Monaten zweimal Gelegenheit gehabt zu untersuchen.

Der 1. Fall betraf eine plötzlich verstorbene Prostituirte, die die deutlichsten Kennzeichen von Syphilis darbot.

In der untern Hälfte der einen Niere sassen sowohl auf der Schnittfläche, als in der Rinde und in den Pyramiden, theils isolirt, theils zusammenschmelzend, eine ganze Menge (wenigstens 20—30) von runden Knollen, von der Grösse eines Stecknadelkopfes an bis zum Durchmesser von 8 Millimetern. Sie waren fest, trocken auf der Schnittfläche, die kleinsten durchaus rothgrau, die grössern dagegen im Innern von einer käseartigen gelblichen Farbe, die mit buchtigen unregelmässigen Contouren in einiger Entfernung von der Peripherie aufhörte; bei einigen von den Knollen war die gelblich gefärbte Stelle in der Mitte sehr unregelmässig, mit grauweissen Flecken abwechselnd. An der Peripherie zeigte sich eine gallertartige grauweisse Zone, ähnlich neugebildetem Bindegewebe. Die Knollen waren zum Theil gegen das sie umgebende Gewebe scharf abgegrenzt, zum Theile waren ihre Abgrenzungen mehr diffus, namentlich wenn sie näher an einander sassen; dann hatte die zwischen ihnen liegende Substanz gewöhnlich ein sklerotisches Aussehen. Eine eigenthümliche Veränderung fand sich in einer der Pyramiden, die etwas geschwollen war und auf der Schnittfläche durchaus eine grauliche, in's Gelbe spielende Färbung mit stärker gelben feinen Streifen zeigte; die gelbe Färbung hörte



mit einem ganz scharfen buchtigen Rand an der Basis der Pyramide auf und ausserhalb dieses Randes befand sich eine einige Millimeter breite, gallertartige, graue Zone, in der wieder deutlich, wenn auch etwas diffus, hanfkorngrosse, über die Schnittfläche sich erhebende, etwas gelbliche Knollen hervortraten.

In der andern Niere fanden sich gleiche Knollen in etwas geringerer Anzahl, aber auch nur in der einen Hälfte.

Die Knollen, die übrigens in hohem Grade den syphilitischen Gummata in der Leber glichen, zeigten auch bei der mikroskopischen Untersuchung vollständiges Uebereinstimmen mit denselben. Der käsige, gelbe, innere Theil bestand aus einer körnigen Masse, in der blos hin und wieder im Zerfall begriffene Zellenelemente zu unterscheiden waren. In dieser Masse traten theils die Malpighi'schen Körper mehr oder weniger vollkommen erhalten hervor, theils die Lumina der Harnkanälchen, leer oder mit Zellendetritus erfüllt. In der peripherischen grauen Zone bestanden die Knollen aus embryonalem Bindegewebe mit wechselnden, im Allgemeinen ziemlich grossen Zellenformen; an mehreren Stellen konnte man sehen, wie dieses Gewebe durch den stufenweisen Zerfall seiner Elemente in das centrale, käsig entartete überging, und an seiner Peripherie ganz deutlich seine Entwicklung aus dem interstitiellen Gewebe zwischen den Kanälchen verfolgen.

Was die Geschwülste selbst betrifft, so stimmt dieser Fall auf das vollständigste mit dem von Cornil mitgetheilten überein, doch fand sich nicht die von Cornil hervorgehobene Nephritis mit Amyloïdentartung. Eine genauere Untersuchung der Nierensubstanz ergab übrigens keine sichern Resultate, weil die cadaveröse Veränderung schon zu weit vorgeschritten war. Während ferner in Cornil's Falle gleichzeitig Syphilom in der Leber bestand, fanden sich in K.'s Falle ausser in den Nieren keine derartigen Veränderungen.

Im 2. Falle hatte Jäderholm bei der gerichtlichen Section eines 31 Jahre alten Mannes die Veränderung gefunden und die Nieren K. zur Untersuchung überlassen.

Die Syphilome waren in diesem Falle nicht fest und trocken, wie in dem ersten Falle, sondern weich und im Allgemeinen in Schmelzung begriffen, gallertartig und morsch. Sie waren ziemlich zahlreich, hatten hauptsächlich ihren Sitz in den Pyramiden, umgeben von einer breiten, aus in fortschreitender Entwicklung begriffenem Bindegewebe bestehenden sklerotischen Zone, die zerfallende Geschwulst



selbst bestand nur aus embryonalem Bindegewebe mit äusserst dicht an einander liegenden Zellen. Ausserhalb der Syphilome befand sich die Nierensubstanz im Zustande sklerotischer Veränderung und Einziehung bis zur äusseren Oberfläche, auf der sich entsprechende Einsenkungen zeigten.

In einem 3. Falle fanden sich in den Nieren, die aus der Leiche eines plötzlich verstorbenen Seemannes stammten, keine Syphilome, aber vollständige Atrophie der unteren Abschnitte beider Nieren, die mit scharfer Begrenzung vor den übrigen, bei makroskopischer Betrachtung gesund erscheinenden Theilen der Nieren abgetrennt waren. Narbige Einziehungen, die sich an den Nieren fanden, betrachtet K. als charakteristisch für die Syphilis der Nieren und an den Nieren mit Syphilombildung konnte man die Art ihres Entstehens sehen. Ausserdem sah man in beiden Herzhälften die Muskulatur zum grossen Theile ersetzt durch schwielige, breite, verzweigte Bindegewebsbildungen; sowohl in ihnen, als in den nicht degenerirten Theilen fanden sich kleine, graugelbe abgerundete Knoten aus embryonalem Bindegewebe, doch im Allgemeinen mit ziemlich reichlicher Fibrillenbildung in der Zwischensubstanz der dicht liegenden Zellen.

Terillon beschreibt (18) einen Fall von Hodengumma als Beweis dessen, dass Hodengumma unter Umständen auch eiterig verfallen kann, wie dies schon früher Rollet und Fournier behauptet, andererseits Ricord und Gosselin geläugnet haben.

Der betreffende Kranke war 51 Jahre alt und seit zwei Jahren syphilitisch, seit einem Jahre hodenkrank (links) und seit einem Monat hatte derselbe eine Fistel, welche zum Olecranon führte. Auf letzteres (und den Befund am Hoden) stützt sich die Diagnose Syphilis. Der Hoden war zur Zeit der Aufnahme stark geschwollen und bildete, mit der Epididymis derart verwachsen, dass man die Contouren der letzteren nicht erkennen konnte, vorne eine geröthete Protuberanz. An letzterer Stelle war die Fluctuation deutlich, welche beim Jodkaliumgebrauch noch deutlicher wurde. Da die Schmerzhaftigkeit auch zunahm, öffnete T. die Stelle. Die entleerte Masse war ein trübes Serum. Nach Entfernung einiger Gewebstrümmer bildeten sich an den Wänden der so entstandenen Höhle Granulationen, welche derart wucherten, dass er dieselben mit dem Galvanocauter beseitigen musste. Die Heilung erfolgte hierauf rasch. Vajda.



Hutinel beschreibt (**19**) vier Fälle von interstitieller Orchitis bei 9 Tage bis 10 Monate alten Kindern. Die Symptome waren folgende: Der Hodensack war voluminöser und schlaff, selten geröthet oder ödematös, die Hoden selbst schwerer. Der erkrankte Hoden ist gewöhnlich nicht grösser als eine kleine Nuss und die Hypertrophie betrifft einzig und allein das Hodengewebe, die Epididymis ist meistens frei. Die Consistenz der Hodensubstanz ist gleich der des Augapfels. Ein Exsudat an der Tunica vag. kommt selten vor. (Im Gegensatze zur Orchitis syphil. adultor.) Die Hüllen des Hodens sind meistens normal. Die Hodensubstanz ist hyperämisch. Eine Volums-Consistenz- und Geschwulstzunahme des Hodens ist nicht häufig. Häufiger ist dafür die nur mikroskopisch wahrnehmbare Veränderung der Hodensubstanz, welche sich anfangs durch circumscripte Anhäufung von Zellen in der Umgebung der von der Albuginea abgehenden (die Septa kreuzenden) Arterien kundgibt. Die Gefässe sind mässig erweitert, im Congestionszustande. Später treten auch um die zwischen den Samenkanälchen befindlichen Gefässe Zelleninfiltrate auf, der Process wird diffus und der Hoden hypertrophisch, die Epithelien der Samenkanäle degeneriren fettig, das Volum der Kanäle ist jedoch wenig verändert. Der Process endet mit einer fibrösen (narbigen) Degeneration des interstitiellen Gewebes. Die Samenkanäle erscheinen von einem lamellösen jungen Bindegewebe, die Gefässe noch von Zellen umgeben (Reclus, Malassez). In einem einzigen Falle ist der Process circumscript geblieben, und es kam zur Gummabildung. Bei Erwachsenen ist der Process mehr circumscript und vielgestaltig, zumeist nur der eine Hoden ergriffen; beim Neugeborenen sind gewöhnlich beide Hoden zugleich krank. Vajda.

Die syphilitischen Myome treten nach Mauriac (**20**) gewöhnlich als diffuse Härte ohne Schmerzen und besondere Contourveränderung auf, sie verursachen eine Empfindlichkeit, welche sich höchstens bei Contractionen, Druck zu Schmerzen steigert. In einer späteren Periode kann man das Myom als eine spindelförmige oder kugelige Geschwulst antreffen, deren Grenzen mindestens an einigen Stellen nachweisbar sind. Das syphilitische Myom ist gewöhnlich von gleichmässiger Consistenz, wenn keine Verwachsung da ist, leicht beweglich, jedoch nur im laxen Zustande des Muskels. Eine Verwachsung kann stattfinden und zwar zur Zeit der Irritations-Periode



mit der Haut und den Fascien. In Folge eines entwickelten syphilitischen Myoms ist die Contraction des Muskels selten, Lähmungserscheinungen treten nur dann auf, wenn ein Nerv gedrückt wird. Schwellung der Lymphdrüsen fehlt. Grosse Myome können einen entzündlichen, kleine einen kalten Abscess vortäuschen. Ausgang: Resorption, Exulceration, Bildung eines sklerotischen Gewebes. Statistik: Unter 224 Fällen (Jullien) von tertiärer Lues waren 59 nicht behandelte Syphilitische, hievon litten nur 2 an Muskelgumma, von den wegen primitiver Symptome behandelten 47 aber 4. Die wegen secundärer Erscheinungen behandelten 111 boten am seltensten, d. i. nur vier Mal Muskelsyphilis dar. Zungengumma möge in zweifelhaften Fällen nur nach mehrwöchentlicher Quecksilber- und Jodcur diagnosticirt werden. Syphilitische Myopathie des Herzens. Symptome: Herzpalpitationen, unregelmässig schwacher Puls, Oppression, Dispnoë, Ueberfüllung der Halsvenen, Cyanose der Schleimhäute (Lipothimie), dumpfes Geräusch, „Asystole". Folge: Dilatation, Hypertrophie. Ausgang: Besserung äusserst selten, im übrigen die Zufälle wie bei Asystole, oder das Ventrikelgumma (drei Fälle von Lanceraux) kann erweichen, nach innen durchbrechen und durch Embolie zur Hemiplegie führen. Diaphragmagumma (ein Fall von Murchison) war combinirt mit einem Gumma des Stirnlappens und Lebersyphilis, bot folgende Symptome dar: Kopfschmerzen, epileptische Krämpfe; später Aufgedunsenheit des Gesichtes, Albuminurie, zuletzt Bauchschmerzen, Erbrechen, Abnahme der Respirations- und Pulsfrequenz. Bei der Nekroskopie war im Zwerchfelle links ein Gumma zu sehen, mittelst dessen die Milz an dem Diaphragma fixirt war.

Mauriac unterscheidet im Allgemeinen drei Grade des syphilitischen Muskelleidens. I. Grad: Gefühl von Müdigkeit, schmerzhafte Punkte, Stechen, intensive nächtliche Schmerzen. II. Grad: Contraction. III. Grad: Wohlcharakterisirte syphilitische Myositis, wogegen Jodkalium in grossen Dosen sehr nützlich ist. Vajda.

21. Leared. Paralyse des Oculomotorius und Opticus-Atrophie, wahrscheinlich in Folge von Syphilis. (Medical Times and Gazette. London, 13. April, 1878).

22. Philipson. Zwei Fälle von syphilitischer Paraplegie. (Lancet, 30. März 1878).



23. **Fournier**. Ueber die allgemeine Pseudo-Paralyse syphilitischen Ursprungs. (Le progr. méd. 41, 42. 43. 1877.)
24. **Schultze**. Ueber die Beziehungen der Myelitis zur Syphilis. (Wanderversamml. d. südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte in Baden II. Sitzg. 3. Juni 1877.)
25. v. **Rinecker**. Ueber syphilitische Psychosen. (Wandervers. d. südwestd. Neurologen u. Irrenärzte in Baden, 21. Mai 1876.)

Leared's (**21**) Fall von Oculomotorius-Paralyse betrifft eine 28 Jahre alte Frau, die seit 5 Jahren verheirathet ist, ein 4 Jahre altes, gesundes Kind besitzt und zwei Fehlgeburten durchgemacht hat. Seit 10 Tagen verspürte sie stechende Schmerzen im linken Auge (Orbitalhöhle) und in der linken Fossa temporalis. Während derselben Zeit bemerkte sie Ptosis des linken oberen Augenlides. Die sehr heftigen Schmerzen haben dann 2 Tage später nachgelassen, die Ptosis wurde vollständig und das Sehvermögen für immer schwach. Im Zusammenhange hiemit zeigte sich eine Völle der linken Fossa temporalis. Stat. präs.: Pat. gut genährt, Ptos. palp. sup. sin. Fixation des linken Augapfels, leichtes Zittern beim Versuche selbes zu bewegen. Pupillen beiderseits gleich. Der Discus nerv. optic. sin. wurde atrophisch und perlenweiss gefunden, die Venen und Arterien in demselben verengt, links an der Umrandung des Discus Congestion, im Centrum weisse Färbung.

Die Patientin bekam Quecksilberjodid und Jodkalium ($^1/_8$ Gran vom ersteren, 12 Gran vom letzteren jede vierte Stunde) und der Levator palp. functionirte schon in wenigen Tagen. Auch die Beweglichkeit des Augapfels wurde nach und nach (nachdem die Medicin schon ausgesetzt war) in 1 Monate wieder normal. Nach 5wöchentlicher Behandlung functionirten alle Muskeln und die Pupille reagirte normal, das Sehvermögen links war für immer verloren. Der rechte Disc. nerv. opt. blieb roth, Exophthalmus fehlte.

Der Verf. nimmt eine syphilitische Neubildung als Ursache des Leidens an, welche einen solchen Sitz haben müsste, dass zu gleicher Zeit der Optic., Oculomot., Troch. u. Trigem. in Mitleidenschaft gezogen wurden, eine Mitleidenschaft, welche auf Druck oder chemische Wirkung des syphilitischen Giftes zurückzuführen ist. Vajda.

Philipson hat (**22**) 2 Fälle von syphilitischer Paraplegie bei jungen Individuen beschrieben. Der eine Kranke, 35 Jahre alt, klagte



seit 6 Monaten über allgemeine Schwäche, seit kurzer Zeit über Rückenschmerzen, Eingeschlafensein der Beine, letzteres Symptom ging dann rechts in eine Lähmung der Unterextremität über. Die Sensibilität war normal. Incontinentia urinae et alvi ergänzten das Bild. Der Urin war alkalisch. Da derselbe Patient 5 Jahre früher an Syphilis litt und bei der Aufnahme noch indolente Drüsentumoren darbot, gab man ihm Jodkalium. Nach 3 Monaten konnte derselbe schon auf eigenen Füssen das Spital verlassen. Der zweite Kranke war 30 Jahre alt, seit 5 Wochen litt derselbe an Incontinentia urinae, Schwäche des Rückens und Lähmung der unteren Extremitäten und vor 7 Jahren an Lues. In 2 Monaten war derselbe durch den Gebrauch von Jodkalium so weit hergestellt, dass er herumgehen und das Spital verlassen konnte.

In beiden Fällen handelt es sich nach Ph. um eine Hyperämie des Rückenmarkes und seiner Hüllen. Die Veränderlichkeit des Charakters des Leidens, insbesondere die inconstante Motilitätsstörung hie und da mit Abends und Nachts exacerbirendem Muskelschmerz combinirt, sprechen nach dem Verf. für eine solche Diagnose.

Für die syphilitische Natur des Leidens zeugte nebst dem Erfolge der Jodtherapie der Umstand, dass die Lähmung blos auf die motorischen Nerven beschränkt, aufsteigend und mit nächtlichen neuralgischen Anfällen combinirt war. Vajda.

Ob Syphilis als Ursache der allgemeinen Paralyse betrachtet werden könne, wird von Fournier (23) erörtert. Er unterscheidet zwei Gruppen: die eine umfasst diejenigen Fälle, in welchen die allgemeine Paralyse in ihren ausgesprochensten Formen bei früher syphilitisch erkrankten Individuen auftritt, ohne dass man jedoch die Syphilis als specifische Ursache der Paralyse betrachten könnte. Eine andere Gruppe umfasst solche Fälle, welche viele Charaktere der allgemeinen Paralyse zeigen, sich aber von derselben bei genauer Analyse durch zahlreiche und prägnante Zeichen unterscheiden. So fehlt bei dem Syphilitischen mit dem Symptomencomplex der allgemeinen Paralyse der Grössenwahn; was die Störungen der Motilität betrifft, so ist das Zittern der Zunge selten und fehlt jenes der Oberlippe, welches für Paralytiker in hohem Grade charakteristisch ist, und während beim paralytischen Blödsinn echte Paralysen fehlen, sind dieselben, sowohl allgemeine als partielle, bei den Syphilitischen sehr häufig.

Die Art der Entstehung, der Entwicklung und der Dauer ist

bei beiden Krankheiten auch sehr verschieden. Bei den Syphilitikern ist häufig ein plötzliches Auftreten mit einem apoplektischen Anfall oder einer plötzlich erscheinenden Paralyse, wozu sich erst später die geistigen Störungen hinzugesellen, während bei den Paralytikern die geistigen Störungen gewöhnlich die Scene eröffnen. Auch die Möglichkeit der Heilung bildet einen wesentlichen Unterschied, indem die gewöhnliche allgemeine Paralyse absolut unheilbar ist, während bei der sogenannten syphilitischen allgemeinen Paralyse Heilung beobachtet wurde.

Was nun die anatomischen Veränderungen betrifft, so erkrankt bei der allgemeinen Paralyse hauptsächlich die Corticalsubstanz des Gehirnes, während bei den Syphilitischen vorwiegend die Meningen und die Corticalis nur in geringem Grade consecutiv ergriffen ist.

F. schlägt demnach für diese Fälle den Namen von allgemeiner Pseudo-Paralyse syphilitischen Ursprungs vor. Vajda.

Schultze hat folgende Beobachtungen über Myelitis syphilitica (24) angestellt: Während bekanntlich die Beziehungen der Gehirnkrankheiten zu der Lues in den letzten Jahren mehr und mehr aufgedeckt worden sind, ist das Gleiche in Bezug auf das Verhältniss der Syphilis zu den Rückenmarkskrankheiten viel weniger der Fall. Abgesehen von gummösen Erkrankungen des Rückenmarks und seiner Häute ist sehr wenig bekannt. Für die Tabes ist jüngst von Fournier ein causaler Zusammenhang mit Syphilis in zahlreichen Fällen behauptet worden. Wie sich die gewöhnliche acute und chronische Myelitis zu der Lues verhalten, ist nicht festgestellt.

Dem Vf. lagen 5 Rückenmarke zur anatomischen Untersuchung vor, deren Inhaber an myelitischen Symptomen im Verlaufe der Syphilis gelitten hatten.

Bei allen fünf Individuen handelte es sich um kräftige Männer des besten Mannesalters (28—42 Jahre alt), bei denen irgendwelche der gewöhnlichen causalen Momente der Erkrankung an Myelitis nicht vorausgingen, und bei denen theilweise noch secundäre Symptome der Syphilis zur Zeit des Ausbruchs der Krankheit bestanden, theilweise aber das sog. tertiäre Stadium der Lues vorhanden war.

Bei dem ersten Falle war die Infection mit Syphilis 13 Jahre vor dem Beginne der finalen Erkrankung erfolgt: die Syphilis hatte



sich noch drei Jahre vor der letzteren durch partielle Knochennekrose, zwei Jahre vorher durch vorübergehende Gehirnerscheinungen (Diplopie, Erbrechen, halbseitige Parese) manifestirt. Nach einem apoplectiformen Anfalle trat Paralyse beider Unterextremitäten und der Sphincteren ein; beides besserte sich bedeutend bei Anwendung specifischer Kuren. Es blieb aber ein Rest der Erkrankungserscheinungen zurück: *Parese* beider Unterextremitäten und der Rückenmuskulatur bei völlig erhaltener Sensibilität, gesteigerte Sehnenreflexe in denselben; leicht erschwerte Sprache, öfters Erbrechen. Einem zweiten apoplectischen Anfalle erlag plötzlich der Kranke.

Die *Autopsie* ergab gummöse Infiltration der Meningen in der Gegend der Medulla oblongata, die *Heubner*'sche Degeneration verschiedener Arterien, besonders der Arteria basilaris, circumscripte Erweichungsherde in beiden Pyramiden, ausserdem aber eine *diffuse Leptomeningitis spinalis* (klinisch sich durch Gürtelschmerz, Schmerzen in den Armen manifestirend), und eine *Degeneration der Seitenstränge* in den hinteren Abschnitten derselben durch die ganze Länge des Rückenmarks hindurch. Es reichte die Degeneration bis an die Peripherie; die Gefässe innerhalb dieser Partie mit *enorm vielen zelligen Gebilden* umscheidet; diese Gefässalteration in schwächerem Grade auch in den Vorder- und Hintersträngen vorhanden.

Bei zwei weiteren Fällen stellte sich im *secundären Stadium der Syphilis* (der eine hatte Psoriasis palmaris, bei dem anderen hatten sich 1 Jahr lang keine Luessymptome mehr gezeigt, als die spinalen Veränderungen eintraten) eine rasch sich entwickelnde und rasch verlaufende acute transversale dorsale Myelitis ein, welche in dem ersten Falle in 10 Monaten, bei dem zweiten in 3 Monaten den Exitus lethalis unter den gewöhnlichen Umständen trotz energischer antisyphilitischer Behandlung herbeiführte.

Die *Autopsie* ergab im ersten Falle eine dorsale Myelitis mit starker Verdickung der Pia und besonders der Arachnoides; ausserdem waren secundäre Degenerationen (nach oben in Form eines vollständigen peripheren Ringes mit Freilassung der Fasciculi cuneati, nach unten zu in der gewöhnlichen Weise) vorhanden, auf deren Detail hier nicht eingegangen werden kann. Auffallend war ein eigenthümlicher Gefässbefund: die adventitiellen Räume der Gefässe zeigten sich völlig austapeziert mit eigenthümlichen, Körnchenzellen ähnlichen Gebilden,



wie sie Leyden einmal in der grauen Substanz bei spinaler Kinderlähmung vorfand.

In dem zweiten Falle, welcher auch ätiologisch insofern Zweifel zulässt, als man annehmen könnte, die Lues sei wegen des Mangels manifester Symptome in dem Jahre vor dem Ausbruche der Krankheit als erloschen zu betrachten gewesen, fand sich eine gewöhnliche acute dorsale Myelitis, mit geschwollenen Achsencylindern, mit secundärer Degeneration in den peripheren Abschnitten der Seitenstränge und der Goll'schen Stränge nach oben, mit der gewöhnlichen Entartung nach unten. Die Rückenmarkshäute erschienen wenig betheiligt; auch die Gefässe verhielten sich wie in den gewöhnlichen Fällen von acuter Myelitis.

Bei den beiden letzten Fällen endlich hatte sich das eine Mal 8 Jahre, das andere 12 Jahre nach der Infection mit syphilitischem Gifte eine Meningitis spinalis vorzugsweise des Dorsaltheiles eingestellt, wie aus den klinischen Symptomen erhellte. Häufig wiederkehrende Rachenaffectionen, welche bei Application specifischer Kuren schwanden, hatten bei dem Einen allerlei nervöse Symptome (Kopfweh, Doppelsehen), die ebenfalls nur specifischen Mitteln wichen, bei dem Anderen das Fortwirken der Syphilis im Körper ausser Zweifel gestellt. In den Anfangsstadien war bei Beiden die spinale Leptomeningitis Besserungen nach geeigneten Kuren nicht unzugänglich; im Ganzen aber verschlimmerten sich die Erscheinungen allmälig; die Symptome einer transversalen chronischen Myelitis traten dazu; und nach mehrjährigem Bestehen der Erkrankung trat bei vorhandener completer Paraplegie der Unterextremitäten nach dem Eintritt von Decubitus und von cystitischen Erscheinungen der Tod ein.

Auch die Dehnung der N. crurales und ischiadici, welche in dem einem Falle von Nussbaum vorgenommen worden war, als bereits die Myelitis dorsalis bestand, hatte begreiflicherweise keinen Einfluss auf den Verlauf des Leidens auszuüben vermocht.

Die Autopsie ergab in beiden Fällen eine sehr ausgeprägte Leptomeningitis spinalis besonders des Dorsaltheiles mit starken Verdickungen der Meningen und bei dem Einen das Bestehen der gewöhnlichen Erweichungsform des dorsalen Abschnittes des Rückenmarks, mit secundärer Degeneration. Mikroskopisch zeigen sich hauptsächlich Körnchenzellen; die Gefässe verdickt, mit vielen zelligen Gebilden umgeben und theilweise infiltrirt.



Bei dem zweiten Falle war zufällig bei der Herausnahme des Rückenmarks ein Theil der dorsalen Partie der Med. spinalis zerquescht worden; im Halstheile bestand graue Degeneration der Goll'schen Stränge und der Peripherie der Seitenstränge; in den Goll'schen Strängen war eine enorme Menge von grossen, vielstrahligen Deiter'scher Zellen nachweisbar. In Lumbaltheile fand sich eine Höhlenbildung vor; und zwar befand sich die Höhle in den vorderen Partien der Hinterstränge hinter dem obliterirten Centralkanal.

Vf. erwägt die Möglichkeit einer Tumorbildung in diesem Falle, welche ihm weniger wahrscheinlich erscheint, als das Bestehen einer chronischen Myelitis mit eigenthümlichem Verhalten der bindegewebigen Substanz. Er ist nicht der Meinung, dass die Höhlenbildung im Rückenmarke in anderen Fällen in keiner Beziehung zu Tumoren der Rückenmarksubstanz stehe; er beobachtete selbst einen Fall von unzweifelhaftem Myxosarcom des Rückenmarks mit Erweichungsherden und Höhlenbildung inmitten der neugebildeten Substanz.

Schliesslich betont er, dass er die gefundenen histologischen Veränderungen für keineswegs specifische, nur bei Syphilis vorkommende ansehe, dass als hauptsächlich charakteristisch die starke Betheilung der Rückenmarkshäute und des Gefässaparates erscheine, die aber ebenfalls keinen specifisch histologischen Charakter an sich habe. Ob in den beiden letzten geschilderten Fällen eine Leptomeningitis gummosa den Erkrankungsprocess eingeleitet habe, welche später unter Hinterlassung der Verdickungen der Meningen verschwunden sei, und in welcher Weise in den beiden Fällen von acuter Myelitis das Zustandekommen dieser Affection des Genaueren zu erklären sei, bleibt dahingestellt. Auffällig erscheint schliesslich die Renitenz der geschilderten Veränderungen, sobald sie einmal eine gewisse Höhe erreicht haben, gegen die verschiedenen antisyphilitischen Kuren. Es spricht dies aber nicht gegen den Zusammenhang der Meningitis und Myelitis spinalis mit Lues, da ja häufig auch andere Veränderungen, die unzweifelhaft auf Lues beruhen, z. B. die Heubner'schen Arteriendegenerationen und in noch eminenterer Weise die Lebercirrhose allen Mitteln trotzen.

v. Rinecker weist in Bezug auf syphilitische Psychosen (25) darauf hin, dass man die Syphilis zuerst bei der Dementia paralytica eine Rolle spielen liess und bereits bei dem Punkte angekommen



war, letztere geradezu für eine syphilitische Hirndegeneration zu erklären, als gewichtige Stimmen — vor Allem L. Meyer und Westphal — zur Vorsicht mahnten.

Damals (1863), wo man bei Hirnsyphilis stets nur an die gummösen Bildungen, somit an Herderkrankungen dachte, fehlte der Verknüpfung eines einheitlichen Krankheitsbildes, wie der Dement paralyt., mit syphilitischer Gehirnaffection thatsächlich jeder Stützpunkt, und Westphal hatte vollkommen Recht, wenn er vor Allem den Nachweis verlangte, dass die constitutionelle Lues als solche im Stande sei, diffusere Erkrankungen des Gehirns, vor Allem seiner Peripherie — oder gleichzeitige Gummaknoten — mit anderen Worten diejenigen Veränderungen des Gehirns und seiner Häute herbeizuführen, welche man bis jetzt als die gewöhnlichen bei dem Symptomen-Complex der Dement. paralyt. betrachten müsse, wie Trübung und Verdickung der Pia, Adhärenz derselben an die Rindensubstanz, Erweichung der letzteren u. s. w. Das ist nun bekanntlich seitdem geschehen. Westphal selbst berichtete schon damals über einige Fälle dieser Art von französischen Autoren; vor Allem aber waren Virchow's Arbeiten in dieser Beziehung von Bedeutung und ist dermalen die Existenz einer luetischen Hirnerkrankung unter der Form einer diffusen — sowohl einfachen als gummösen — chronischen Entzündung der harten und weichen Hirnhaut mit Verdickung, Verwachsung und Veränderung des anstossenden Hirntheils nicht mehr zu bezweifeln. Ebenso wurde bereits von Virchow auf die häufig gleichzeitig vorhandene Arteriendegeneration hingewiesen, die durch Heubner eine so sorgfältige und eingehende Schilderung erhalten hat und die sicher für das Zustandekommen der verschiedenen Formen von luetischer Hirnstörung — auch auf dem psychischen Gebiete — von grösster Bedeutung ist. Unwillkürlich wird man hierbei an das häufige Vorkommen ganz analoger Gefässentartung bei Dement. paralyt. erinnert.

Uebrigens hängt es wohl zunächst von dem Sitze aller dieser verschiedenen entzündlichen, hyperplastischen oder degenerativen, diffusen oder Herd-Erkrankungen ab, ob sie eine psychische Störung überhaupt und in welcher Form im Gefolge haben oder nicht. Die Diagnose ist in manchen Fällen leicht, wenn der Nexus mit syphilitischem Leiden nahe liegt und namentlich noch anderweitige Affectionen von unzweifelhaft luetischer Natur sich auffinden lassen. Häufig ist die Sache aber nicht so handgreiflich gelagert; der Vortr. stimmt

vielmehr Broadbent bei, wenn er behauptet, dass vorzugsweise jene Personen zu Erkrankungen des centralen Nervensystems disponirt seien, bei denen die secundären Affectionen unbedeutender oder vorübergehender Natur waren oder wohl auch ganz gefehlt haben, — ferner solche Individuen, bei denen tertiäre Symptome frühzeitig aufgetreten sind oder gar die ersten Symptome der Syphilis waren. In neuester Zeit hat Wunderlich ein charakteristisches Bild der Hirnsyphilitischen zu zeichnen versucht, aber die von ihm vorgeführten psychischen Symptome sind von sehr wandelbarer und mehr fragmentarischer Art, ein Verhalten, welches überhaupt von Wunderlich als für syphilitische Hirnstörung bezeichnend betrachtet wird. Hieher zu rubricirende Fälle kommen in der That auf syphilitischen und auch auf psychiatrischen Krankenatheilungen zeitweise vor, wo eine auf luetischem Boden aufwachsende Psychose in rudimentärer Form sich darstellt und als solche wieder rückgängig werden kann. v. R. hatte im Juliusspitale zu Würzburg, woselbst die beiden genannten Abtheilungen seiner ärztlichen Leitung unterstellt sind, Gelegenheit, solche Fälle von sich entwickelnder Geistesstörung sowohl mit maniakalischem wie depressivem Charakter bei an constitutioneller Lues daselbst behandelten Kranken zu beobachten; dieselben mussten auf die Irrenabtheilung verbracht werden. In einem Falle war ein an den Grössenwahn bei Dement. paralyt. erinnerndes Delirium vorhanden. Die Psychose ging im Laufe der antisyphilitischen Behandlung vorüber.

Solche Fälle enthalten eine dringende Mahnung, wie bei jeder schweren, insbesondere chronischen Hirnstörung, so auch bei Psychosen mit disparaten Symptomen und eigenthümlichem Verlauf an die Möglichkeit eines noch fortdauernden syphilitischen Leidens zu denken. Lässt sich ein solcher Zusammenhang auch nur vermuthen, so soll man ohne langes Zögern zu einer specifischen Medication schreiten. Auch Wunderlich räth in solchem Falle nicht ängstlich zu thun und ohne den vollen Beweis der luetischen Natur der Krankheit abzuwarten, eine Jodkalium- oder Inunctionskur in energischer Weise einzuleiten. Heubner ist gleicher Ansicht. Was nun in specie Geisteskranke betrifft, so verhält sich die Sache sehr einfach, wenn die Psychose während des Bestehens einer luetischen Affection oder gar im Laufe der Kur ausbricht. Das werden aber immer seltene Fälle bleiben. Ist der Nexus kein so nahe liegender, so wird es von der Form der vorausgegangenen Lues und der zwischen ihr und dem Auftreten der Geistes-



störung verlaufenen Zeit, auch von dem Stande der Ernährung abhängen, ob man zum Jodkalium oder zum Quecksilber sich entschliesst. Dass letzteres auch bei Spätformen der Syphilis manchmal ausgezeichnete Dienste leistet, ist bekannt. Will man es bei Geisteskranken in solchen Fällen versuchen, so möchte der Vortragende zu der hypodermatischen Anwendung desselben in der Form der v. Bamberger empfohlenen Quecksilber-Albuminatlösung rathen, die in jedem CC. — dem gewöhnlichen Inhalt einer Injectionsspritze — genau 1 Ctgrm. Quecksilber-Albuminat enthält. Schon nach drei bis vier Injectionen einer solchen minimen Dose macht sich in der Mehrzahl der Fälle ein günstiger Einfluss geltend. Weder Salivation noch Abscedirung der Injectionsstelle sind zu befürchten.

26. **Lamelongue.** Knochen-Syphilis bei einem 4jährigen Kinde. (Progrès médical Nr. 14. 1878.)
27. **Weil.** Ueber syphilitische Infection des Kindes durch die Geburt. (Deutsche Zeitsch. f. prakt. Med. 20. Oct. 1877.)
28. **de Amicis.** Ueber die Nicht-Uebertragbarkeit der Syphilis durch die Ammenmilch. (Il Movimento med. chir. 1877. 31. Dec. IX. Nr. 33.)
29. **Hutchinson.** Die Uebertragung der Syphilis von den Eltern auf die Kinder, mit Casuistik. (Brit. and for. med. chir. Review. CXX. Oct., 1877).
30. **Behrend.** Zur Lehre von der hereditären Syphilis. (Sitzg. d. Berliner med. Ges. vom 31. Oct 1877.)
31. **Oberländer.** Zur Behandlung der constitut. Syphilis mit subcutanen Peptoninjectionen (Deutsche Zeitsch. f. prakt. Med. Nr. 13, 14. 1878.)
32. **Jármay.** Die subcutane Anwendung der Corrosiv- und Chlornatrium-Doppelverbindung bei syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. (Vortrag in d. k. k. Gesells. d. Aerzte in Budapest. Wien. Rundschau 1878.)

In dem von Lamelongue (26) beobachteten Falle von Knochen-Syphilis war der Sitz derselben in den Epiphysen beider Tibien und im Unterkiefer. An der äusseren Fläche der Schienbeine waren Exostosen, im Innern derselben Eiterherde mit völliger Destruc-



tion des Epiphysen-Knorpels vergesellschaftet vorhanden. Ein analoger Process am Unterkiefer hatte eine spontane Fractur zur Folge gehabt, ausserdem stützte (schon ante mortem des 4 J. alten Kindes) ein Geschwür des Nasenflügels — die Diagnose Syphilis.

Der Vater des Kindes war 5 Jahre vorher syphilitisch gewesen.

Vajda.

Bei einem in normaler Weise mit vorliegendem Schädel geborenen Kinde, dessen Mutter breite Condylome an den grossen und kleinen Schamlippen, Schwellung der Leisten-, Nacken- und Cubitaldrüsen, dagegen keine Affection der Mund- und Rachenhöhle oder Brüste hatte, entwickelte sich nach einem Berichte Weil's (27) in der 4. Woche über die Nasenwurzel ein Geschwür mit deutlich indurirter Basis und Rändern; in der 11. Woche traten in der Umgebung des Afters und der Genitalien Papeln und am Stamme und an den Extremitäten ein ziemlich ausgebreitetes maculo-papulöses Exanthem auf mit den ersten Anfängen der Psoriasis palmaris und plantaris; die Schleimhaut der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle zeigte keinerlei Veränderungen; unter einer antisyphilitischen Behandlung schwanden alle Erscheinungen.

Aus dem Auftreten und zeitlichen Verlauf der Erscheinungen schliesst Vf., dass es sich hier um eine acquirirte und nicht um eine hereditäre Syphilis handle, und dass diese Syphilis während der Geburt acquirirt wurde, wofür neben anderen auch der Umstand spricht, dass die Mutter ausser der Genital-Affection keinerlei Symptome hatte, von denen aus eine Ansteckung des Kindes hätte erfolgen können und der Sitz des Primäraffectes gerade an der grössten Peripherie des Schädels an einem Punkte sich befand, welcher am längsten dem innigen Contacte mit den mütterlichen Geschlechtstheilen ausgesetzt war.

de Amicis (28) geht von der Voraussetzung aus, dass alle Secrete eines Syphilitischen unmöglich gleich ansteckend (syphilogen) sein können und führt als Beweis hiefür folgenden Fall an: Eine 40jährige Frau war vor 12 Jahren zum dritten Mal entbunden worden, sie sowie ihre drei Kinder sind stets gesund, von blühendem Aussehen gewesen. Aus Erbarmen nahm sie ein fremdes Kind an ihre milchreiche Brust, worauf sie eine Induration an der Brustwarze bekam. In ihrer Unwissenheit hatte sie ihr eigenes Kind weiter ge-

stillt. Nach einigen Monaten hatte die Mutter maculopapulöses Syphilid und das Kind Geschwüre im Mund mit consecutiven Lymphdrüsentumoren, es starb an Cachexie und die Mutter bekam hinterher (trotz Behandlung) ein Ekthyma-syph. So litt sie, mit wenig Unterbrechungen, durch sechs Jahre und wurde 7 Mal noch schwanger, die drei ersten Schwangerschaften endeten mit Abortus (3—5 Mon.), die 4., 5. Frucht wurden ausgetragen, starben jedoch bald nach der Geburt. Das 6. Kind starb an Typhus, das 7. an Diphtheritis. Nach der 4. bis 5. Schwangerschaft nahm sie wieder fremde Kinder an die schon vermeintlich gesunde Brust, die so ernährten Kinder sind noch jetzt zwei hübsche Mädchen.

Im J. 1874 (10 Jahre nach der Infection) war sie zum letzten Male schwanger; als solche litt sie an einem verschwärenden Hautexanthem, sie gebar dennoch ein wohlgenährtes Kind, welches sie wegen Milchmangel der Cousine gab, deren Kind kürzlich gestorben war. Letztere wähnte sich gesund, jedoch war es dem nicht so. Die Cousine zeigte nämlich bald hierauf eine maculopapulöse Eruption, Rhagaden der Brustwarze und zwei Monate später war auch das Pflegekind mit dem gleichen Exanthem behaftet, letzteres zeigte noch 1875 ein Recidiv. Zu gleicher Zeit erkrankte seine echte Mutter an Hautgummata und Knochentumoren, womit sie sammt dem Kinde in das Spital der Unheilbaren aufgenommen und Gegenstand der Beobachtung ward. Die Diagnose bei der Mutter lautete: Gummata subcutanea, Caries, Necrosis ex Osteoperiostitide, Osteomyelit. gum. tib. sin. Die bei dem Kinde: Condylomata plana in peripheria ani, Adenitis syphilostrumosa in reg. submaxillar cervic. Die Mutter bekam Jodkalium innerlich, das Kind Einreibungen und Jodeisensyrup nebst entsprechender localer Behandlung und Beide wurden nach drei Monaten geheilt entlassen.

Aus der vorausgehenden Beobachtung hat A. folgende drei Schlüsse gezogen: 1. Dass die Milch einer syphilitischen Frau für sich nicht hinreicht, die Lues zu übertragen, weder auf dem Wege der Speisen, noch durch Inoculation. 2. Dass die Uebertragung der erblichen Syphilis insbesondere zur Zeit des entzündlichen oder secundären Stadiums stattfindet, gar nicht im neoplastischen oder tertiären Stadium. 3. Dass die einfache Einwirkung des syphilitischen Virus — ohne eine bestimmte Veränderung der Geschlechtstheile — keine Sterilität zur Folge hat. Vajda.



Hutchinson resumirt (29) seine Beobachtungen über 36 Fälle von Syphilis congenita. Er bestreitet, dass hereditäre Syphilis sich abschwäche, je längere Zeit nach der Infection der Eltern verstrichen ist. Er hält die Infection seitens des Vaters, während die Mutter gesund bleibt, für die bei weitem häufigste Form der Uebertragung. Die Mutter kann sodann vom Fötus inficirt werden. Ob die Syphilis anders verläuft, wenn nur die Mutter inficirt ist, ferner ob sie schwerer ist, wenn beide Eltern syphilitisch waren, als wenn nur Vater oder Mutter krank waren, dafür fehle bis jetzt entscheidendes Material. Vf. nennt im Gegensatz zur Syphilis, welche bei der Conception übertragen wird, diejenige acquirirt, welche gegen Ende der Schwangerschaft (im neunten Monat) den Fötus befällt. Hier sind jedoch die Symptome vollständig identisch mit wirklich hereditärer Lues; es erfolgt kein Schanker. Er schliesst daraus, dass das syphilitische Virus immer dasselbe ist, dass aber die Differenzen in den Manifestationen von dem jedesmaligen Zustande des Inficirten abhängen, und nicht von den Quantum des übertragenen syphilitischen Giftes. Je länger die Infection des Vaters vorausgegangen ist, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit für die später geborenen Kinder, dass sie der Infection entgehen. Für diejenigen aber, welche derselben anheimfallen, lässt sich keine graduelle Abschwächung constatiren.

Endlich wirft Vf. die Frage auf, ob syphilitische Eltern gesunde Kinder erzeugen können, ob z. B. von Zwillingen ein Kind gesund bleiben kann, oder von drei successiv geborenen das mittelste, während die anderen syphilitisch sind. Bei activer Lues der Mutter hält Vf. ein gesundes Kind für sehr unwahrscheinlich, wohl aber, wenn nur der Vater specifisch inficirt ist. Die Möglichkeit der Vernarbung ist noch mindestens 7 Jahre von der Zeit der Ansteckung eines der Eltern an vorhanden.

Behrend macht (30) auf eine von ihm in mehreren Fällen beobachtete Form der Syphilis-Erkrankung aufmerksam, die nach seinen bisherigen Beobachtungen nur an Kindern und auch hier nur angeerbt vorkomme. Dieselbe charakterisire sich durch die Ecchymosenbildung auf der äusseren Haut, sowie durch Blutungen aus dem Nabelhöcker nach Ablauf des Nabelschnurrestes, so dass sich eine Purpura syphilitica und eine Omphalorrhagia syphilitica unterscheiden lasse, die entweder zugleich oder getrennt von einander auftreten und

mit profusen Blutungen bei zufälligen Verletzungen verbunden sein können. Den ersten Fall von Purpura syphilitica beobachtete er bei einem Kinde, das ausgetragen und gut genährt mit einem Schuppensyphilid zur Welt gekommen war, und bei dem nach dem Verschwinden des letzteren zahlreiche stecknadelkopfgrosse Petechien auftraten, die bei dem Fortgebrauch der von Anfang an verordneten Sublimatbäder schwanden. Ein Decubitus, welcher sich auf dem rechten Tuber ischii einstellte, und der wahrscheinlich gleichfalls mit der syphilitischen Dyscrasie in Zusammenhang stand, verheilte; indes starb das Kind im Alter von 14 Monaten unter den Erscheinungen eines Hydrocephalus internus. Bei einem zweiten Kinde, das ausgetragen und wohl genährt zur Welt kam, jedoch gleich nach der Geburt nach vergeblichen Athembewegungen abstarb, fanden sich Petechien und Ecchymosen in grosser Anzahl über den ganzen Körper zerstreut, ausserdem bei der Section Syphilis der Lunge, Leber, Milz und Knochen. Bältz hat (1876) einen analogen Fall bei einem Erwachsenen beschrieben. Seltener als die Purpura syphilitica scheint nach B. die Omphalorrhagia syphilitica vorzukommen, wie überhaupt Nabelblutungen zu den seltensten Affectionen gehören. B. theilt fünf derartige Fälle mit, von denen drei in einer Familie, und zwar an drei nach einander geborenen Kindern vorkamen. Das zweite Kind zeigte ausserdem noch Abschälungen der Epidermis an Flachhand und Fusssohle, zeichnete sich im übrigen aber durch ein übermässig reiches Fettpolster aus. Der Vater desselben litt vor- und nachher an Syphilis cornea palmaris in Form warziger Epidermisauflagerungen. Bei dem dritten Kinde trat die Nabelblutung mit Ecchymosen an der Haut vergesellschaftet auf. Die beiden anderen Fälle betrafen Zwillinge, die von einer Amme genährt wurden und sehr wohl aussahen. Als Ursache dieser Blutungen sieht der Vortragende eine leichte Zerreisslichkeit der Gefässwand an, die durch eine fehlerhafte Beschaffenheit des Blutes bedingt, in letzter Reihe auf die Syphilis zurückzuführen sei. Trotz ihrer Aehnlichkeit mit der Hämophilie sei diese Erkrankungsform von letzterer dennoch zu trennen, da diese angeboren und ein bestimmtes, in Familien heimisches Leiden ist, bei dem Ecchymosen auf der Haut nur dort, wo mechanische Einwirkungen stattgefunden haben, vorkommen, während sie bei Syphilis sich spontan entwickeln. Die bei hämophilen Kindern constatirten Nabelblutungen fanden in der bei weitem grössten Mehrzahl vor Abfall der Nabelschnur statt, was bei



der Syphilis niemals der Fall sei. Hier stelle sie ausserdem mehr den Ausdruck einer transitorischen Diathese dar, während sie bei der Hämophilie das erste Symptom einer durch das ganze Leben bestehenden, einer permanenten Anomalie bilde. In der darauffolgenden Debatte äusserten Simon, Henoch, Baginsky, Litten Bedenken gegen die syphilitische Natur der erwähnten Hämorrhagien.

Oberländer (31) hat bei 105 an allgemeiner Syphilis leidenden Personen 1484 Gramm einer 10%igen Peptonquecksilberlösung injicirt und gefunden, dass zur Heilung der Syphilis im Durchschnitte 17·5 Gramm Lösung hinreichen; dass jene 85 Kranken, welche mit Quecksilber noch nicht behandelt worden sind, im Durchschnitte 31·2 Tage zur Heilung beanspruchten, während 100 Männer, die Einreibungen à 2 Grm. Salbe gemacht haben, durchschnittlich 18·8 Frictionen und 30·8 Tage nöthig hatten. Mithin kommt 2 Grm. Salbe 1·9 Lösung gleich. Salivation beobachtete O. nur bei 15% der Kranken, Infiltrate traten keineswegs nach jeder Injection auf. Recidive beobachtete O. im Verlaufe von 1—3 Monaten durchschnittlich (von 26 Fällen) 62·6%. 1 Kranker starb nach 10 Injectionen (und vorheriger Mercurialkur) an gelber Leberatrophie und die Leber enthielt Quecksilber. Vajda.

Ueber den Werth der Sublimatinjectionen mit Kochsalz bei Nervensyphilis berichtet Jármay (32): In drei von seinen fünf Fällen waren von Seiten des Gehirns Erscheinungen einer pathologischen Veränderung zugegen; in einem dieser Fälle wurden ausser tiefsitzendem Kopfschmerze psychische Functionsstörungen beobachtet, welche sich in der Form eines als Mania transitoria ablaufenden Exaltationszustandes, in grosser Irritabilität und als stete zwischen Angst- und Wollustgefühl wechselnde Gemüthsstimmung manifestirten; in dem zweiten Falle war ausser den Kopfschmerzen häufige Benommenheit des Sensoriums, ein taumelartiges Gefühl und Langsamkeit des Denkvermögens vorhanden und in dem dritten Falle zeigte sich die pathologische Störung in häufigen epileptischen Anfällen, wobei die Intelligenz schnell abnahm und endlich ein mit grösster Exaltation verbundenes vollständiges Schwinden des Bewusstseins von dreissigstündiger Dauer auftrat.

In zwei Fällen zeigten sich die pathologischen Symptome in dem



Gebiete der Nerven, so trat in einem Falle nacheinander die periphere Lähmung des linken Nervus facialis, des l. Nervus oculomotorius und zuletzt die des rechten Nervus abducens auf, endlich in dem letzten Falle entstand in Folge von Druck der hyperplastischen Cervicaldrüsen auf den Sympathicus eine Hemicrania angioparalytica. In 4 Fällen manifestirte sich die Syphilis an anderen Organen, bei einem hingegen gab nur die Anamnese Aufschluss über ihr Vorhandensein. Aus diesen begleitenden Symptomen, sowie aus den pathognomischen Zeichen der Nervenerkrankung selbst wurde der Schluss auf die syphilitische Erkrankung des Nervensystems gezogen und nachdem nach Anwendung der antisyphilitischen Heilmethode in allen Fällen, auch in der Sphäre des Nervensystems die pathologischen Veränderungen schwanden, so wurde die Diagnose auch a posteriori bestätigt.

Die Behandlung bestand bei allen in subcutaner Anwendung der Doppelverbindung des Sublimat und Chlornatriums. Das Mittel wurde nach der von Kratschmer empfohlenen Vorschrift gebraucht, nämlich: 10 Cctm. gesättigte Corrosivlösung, 10 Cctm. gesättigte Chlornatriumlösung und 42·5 Ctgr. destillirtes Wasser wurden gemengt und aus dieser Mischung wurde täglich einmal der Inhalt einer Spritze von 1 Cctm. oder annähernd 1 Grm. injicirt, so dass, nachdem die Gesammtmenge 625 Mgrm. Corrosiv enthält, eine Dosis 1 Ctgr. Corrosiv entspricht. Das Maximum der Einspritzungen, das zur Erzielung der Heilung benöthigt wurde, war 35, das Minimum 24. Die Localsymptome waren an der Stelle der Einspritzung milde; abgesehen von einem gelinden, 10—15 Minuten andauernden Schmerze trat keine andere unangenehme Erscheinung auf. Eine geringe Salivation kam in 2 Fällen vor; das Heilresultat war in allen Fällen nicht nur in Betreff der syphilitischen Hauteruptionen und der Lymphdrüseninfiltrationen, sondern auch in Betreff der pathologischen Symptome, welche sich in dem Gebiete des Nervensystems zeigten, ein vollständig befriedigendes, so dass in allen Fällen in relativ kurzer Zeit eine vollkommene Heilung eintrat.

Buchanzeigen.

Die pharyngo-nasale Syphilose von Charles Mauriac. (1877.)

Unter diesem Titel veröffentlicht Mauriac eine umfangreiche Abhandlung über die vorgeschrittenen syphilitischen Formen der Nasen-Pharynxhöhle.

Der erste klinische Theil besteht aus einer Reihe von 25 Krankengeschichten, deren Objecte sich durch mehr oder weniger grosse Zerstörungen der Nasenhöhlen, des weichen Gaumens, der Pharynxhöhle auszeichnen.

Die dann folgenden vier Vorlesungen geben die hieraus folgenden Schlüsse in Bezug auf Aetiologie, Pathologie und Therapie.

Mauriac nennt die Gruppe der bei der syphilitischen Diathese auftretenden syphilitischen Affectionen der Nasenhöhlen, des harten und weichen Gaumens und des Pharynx die pharyngo-nasale Syphilosis. Sie sei eine der häufigsten Formen der tertiären Syphilis. Diese Affection ist einfach abhängig von der Syphilis, ohne weitere constitutionelle oder locale Disposition. Nur dem Stadium der Syphilis räumt er einen Einfluss ein und zwar der „reif" gewordenen Syphilis, welche er die Syphilosis nennt. Meist tritt diese Epoche 4 — 5 Jahre nach der Infection ein, andere Male noch viel später, seltener in früherer Zeit. Unter 53 von Jullien gesammelten Fällen trat die pharyngonasale Syphilose bei nicht behandelten Fällen zweimal 2 Jahre nach der Infection auf. Unter den Kranken, welche von dem Erscheinen des Schankers ab specifisch behandelt wurden, sind 6 Fälle, die von einigen Monaten bis 1—3 Jahre nach der Infection auftreten.

Von den erst mit dem Auftreten der secundären Erscheinungen Behandelten sind 6 Fälle, die 1 Jahr, 5 Fälle, die $1^1/_2$ Jahr, 1 Fall, der 2 Jahre, 1 Fall, der 3 Jahre nach der Infection auftrat.



Unabhängig von der frühen oder späten Entwicklung ist der Charakter der pharyngo-nasalen Syphilose immer derselbe. Er ist, als der syphilitischen Diathese angehörig, abweichend von den Manifestationen der constitutionellen (virulenten) Syphilis. Die Schleimhautpapeln beträfen sehr selten den Pharynx, meist den Isthmus faucium; in der Nase kommen sie nur in den vorderen Partien und meist selten vor, nie in der Tiefe der Nasenhöhle; deshalb gehen sie auch nicht mit Nasenausfluss (Katarrh) einher. Die Affectionen der Syphilose dagegen haben die Tendenz zu ulceriren und weiter in die benachbarten Gewebe um sich zu fressen.

In ihren zerstörenden Formen kommen sie entweder äusserst acut, kaum mit einigen Stunden dauernder vorausgehender Hyperämie, gewissermassen plötzlich von heute auf morgen auftretend vor. (? Ref.) Inmitten der Hyperämie zerfällt das Gewebe in eine blutende, ichoröse Masse; die Ulceration ist fertig und setzt ihre moleculäre Mortification in der Breite und Tiefe fort. Es ist eine moleculäre Gangrän, ein Phagedänismus. Meist jedoch beobachtet man einen nicht so raschen Zerstörungsvorgang. In diesen Fällen ist die Hyperämie von entzündlichem und exsudativem Charakter, welcher dann bald in den der Hyperplasie übergeht. Vf. unterscheidet eine diffuse acute Hyperämie, die sehr rasch zerstörend verläuft, oder aber sie concentrirt sich zu einer Geschwulst, dem Gumma, welches von dem submucösen Gewebe, den Muskeln oder dem Periost ausgeht. Kennzeichnet sich die Hyperämie in kleinen Erhebungen, so habe man die tuberculöse Form. — Diese drei Formen fänden sich meist in der pharyngo - nasalen Syphilose. Die erste Phase geht meist für den Patienten unbemerkt vorüber; sie dauert nicht lange. Die plastischen Producte verfallen bald der Schmelzung, welcher Entzündungserscheinungen (Schmerz, Röthung) wie einem Abscesse vorausgehen. Der Tumor berstet und die Ulceration ist da; zuweilen vernarbt sie ebenso rasch wie sie sich gebildet hat, oder aber sie greift rapid um sich. Die diffuse Hyperplasie ist die am meisten zerstörende; sie kann den ganzen Gaumen zerstören. Die gummöse oder tuberculöse geht mehr in die Tiefe, bricht durch den Gaumen, ohne die benachbarten Partien in Mitleidenschaft zu ziehen.

Das Entstehen und Vergehen der cellulären Elemente geht nach Mauriac in derselben Weise vor sich, wie in allen anderen von der Syphilis befallenen Stellen der Organe. Das Gumma entwickele sich mehr in den knöchernen Theilen, die Tuberkeln mehr in der Schleimhaut. Die



partiellen Nekrosen hingen meist von der durch das Gumma bedingten Ischämie ab. Viele Nekrosen der Nase entständen jedoch in Folge einer Art Phagedänismus des Knochengewebes, hervorgerufen durch eine Osteitis und Caries. Letztere seien die Ursache der Zerstörung der tiefen Nasenknochen, des ichorösen Ausflusses (Ozaena genannt). Die Caries ergreife mehr die oberen Nasenpartien, die Nekrose mehr die knöchernen Gaumenantheile. Der ulceröse sowie der hyperplastische Erkrankungsmodus können getrennt und vereint nebeneinander vorkommen; in letzterem Falle trete die rasch ausgebreitete Zerstörung der Nase ein.

Vom Pharynx gehe die ulceröse Affection selten auf die Basis cranii über; auch sei kein Beispiel eines Ueberganges auf die Halswirbel bekannt. Als Ausgänge der retro-pharyngealen Ulceration kommen vor: erstens Adhärenzen zwischen weichem Gaumen und Pharynxwand, sehr selten completer, meist partieller Natur, zweitens Perforation des Gaumensegels, die meist an der Grenze des harten und weichen Gaumens stattfinde. Die syphilitischen Perforationen schlössen sich fast nie von selbst.

In einer 3. Vorlesung bespricht er die Symptome der pharyngonasalen Syphilose. Der pharyngealen sowohl wie der nasalen kämen als Prodroma allgemeine Kopfschmerzen, neuralgische Schmerzen des Gesichts, osteokopische Schmerzen zu. Symptome der nasalen Syphilose seien specifischer Katarrh, virulenter mit Blutstreifen vermischter Ausfluss. Bei ihrem tieferen Sitze beobachte man oft eine Anschwellung der Nasenwurzel oder der Seitentheile der Nase; zuweilen trete hiezu Verstopfung der Thränennasengänge. In solchen Fällen stösst der Kranke bereits mit dem Schleim Knochenfragmente aus der Nase heraus. Die Zeichen werden vervollständigt durch die Rhinoskopie und nach dem Rathe Cazenave's durch das Sondiren mittels der Metallsonde. Beim Sitze in der Naso-Pharynxhöhle bestehe als weiteres Symptom Trockenheit des Pharynx, eine Art Schmerz und Unbequemlichkeit beim Schlucken der Speisen.

Während in der Nase der Process oft langsam verläuft, beobachte man bei der Syphilose des Pharynx und weichen Gaumens häufig einen acuten Verlauf. Letzterer kennzeichne sich nicht durch Fiebererscheinungen, sondern durch die functionellen Störungen. Es ist oft ein reissender, sich nach dem einen oder andern Ohre hinziehender Schmerz beim Schlucken. Affectionen der Seitentheile des Pharynx seien die schmerzhafteren. Die durch ein Gumma entstandenen Schmer-

zen seien viel geringer als die durch ein phagedänisches Ulcus entstandenen. In den chronischen Fällen leiden die Kranken wenig. Bei der Syphilose des weichen Gaumens hebt Mauriac neben der umschriebenen oder diffusen Röthe seine Dehnung und Unbeweglichkeit hervor, nicht sowohl bedingt durch eine Paralyse als vielmehr durch die in Folge der Infiltration vorhandene Schwere. Es könne in Folge der Hyperplasie und der dadurch bedingten Ischämie zu massigem sphacelösen Zerfall kommen. Die Syphilose des weichen Gaumens bedingt ein Näseln der Sprache.

In der 6. Vorlesung bespricht Mauriac das Diagnostische der pharyngo-nasalen Syphilose. Die Diagnose ist schwer im Beginne einer Angina oder eines Nasenkatarrhs. Man muss genau zusehen und alles, was einem Knoten, einem kleinen Furunkel, einer diffusen oder umschriebenen Schwellung gleicht, bei einem Syphilitischen überwachen. Die sich über Gebühr in die Länge ziehende Coryza ist verdächtig, auch wenn die Rhinoskopie nichts ergibt: 1. bei Einseitigkeit der Coryza und der damit verbundenen Unbequemlichkeit und des Schmerzes; 2. beim Sitze von Schmerz und Unbequemlichkeit in der Höhe der Nasenwurzel; 3. wenn der Ausfluss eitrig-blutig und saniös wird; 4. wenn hiermit auch nur geringe Schwellung des subcutanen Zellgewebes der Nasenwurzel einhergeht. Ein hinzutretender übler Geruch mache die Diagnose sicher; ebenso Cephalaea, Schwellung und Röthung des weichen Gaumens. Die diffusen und umschriebenen Hyperplasien des Pharynx sind von dem Augenblick, wo sie ulcerös zerfallen, und obschon ihre Nachbarschaft kaum geschwollen ist, tagtäglich weiter fressen, als syphilitisch charakterisirt.

Zuweilen ist die Diagnose zwischen scrofulöser und syphilitischer Nasenaffection sehr schwer. Mauriac führt eine Angabe Bazin's an, wonach die ulceröse Syphilis sich mehr von der Schleimhaut nach der Haut ausbreite, während umgekehrt die Scrofulose von der Haut zur Schleimhaut fortschreitet. In der bösartigen Scrofulose finde man an den Rändern der Geschwüre mehr primitive Elemente, mehr Granulationen und Fungositäten auf der Oberfläche des Geschwürs, als bei der ulcerirenden Syphilis. Dennoch behauptet auch Bazin, dass man bei den schweren Formen in Zweifel bleibe, und als Prüfstein die antisyphilitischen Mittel versuchen müsse. Das Alter gibt keinen Anhalt zur Unterscheidung, um so weniger, als die hereditäre Syphilis mehr oder weniger lange latent bleiben, und sowohl im Kindesalter, wie im



reiferen Alter pharyngo-nasale Syphilose bedingen könne. Das hierhingehörige scrofulöse Leiden verlaufe immerhin bei weitem langsamer, weniger schmerzhaft und entzündlich als das syphilitische. Symptomatische Drüsenschwellungen seien nicht vorhanden bei den scrofulösen Geschwüren, wohl häufig bei den syphilitischen. Bei der Scrofulose seien die Narben oberflächlich, weiss, unregelmässig, während sie bei der Syphilose mehr rund oder oval, nicht von derselben Weisse und dem Glanze seien wie bei der Scrofulose. Der Charakter der Geschwüre des Pharynx ergebe keine sichere Unterscheidungszeichen zwischen Scrofulose und Syphilose; auf beide könne das Jodkalium heilend wirken.

In der 7. Vorlesung bespricht Mauriac die Behandlung der pharyngo-nasalen Syphilose. Er schickt voraus, dass unter seinen Kranken weder die frühe Behandlung mit Specifica, noch das gänzliche Unterlassen der specifischen Curen von Einfluss auf den Ausbruch der pharyngo-nasalen Syphilose gewesen sei. Er hebt nochmals die Zusammenstellung Jullien's von 237 Fällen von tertiärer Syphilis in Bezug auf ihre verschiedene Behandlungsweisen hervor. Von diesen 237 Fällen hatten 54, also $^1/_4$ der Fälle, pharyngo-nasale Syphilose, wovon 38 keine weiteren Complicationen hatten. Von 59 nicht Behandelten sind 16 mit pharyngo-nasaler Syphilose = mehr als $^1/_3$ – von 47 mit Mercur von Beginn der Infection Behandelten sind 11 mit phar.-nas. Syph. = $^1/_4$ — von 112 mit Mercur von Beginn der secundären Erscheinungen Behandelten 26 mit phar.-nas. Syphil. = $^1/_4$ — von 7 blos mit Jodkalium zu den verschiedenen Epochen der Krankheit Behandelten findet sich keine phar.-nas. Syphilose.

In Bezug auf die Zeit des Erscheinens der pharyngo-nasalen Syphilose findet Mauriac, dass sie bei den Nichtbehandelten, nach 5 Jahren, bei den ab initio mit Mercur Behandelten nach 7 Jahren, bei den ab secundariis mit Mercur Behandelten nach 4 Jahren stattfinde. Er zieht hieraus den Schluss, dass man alle Erscheinungen der Syphilis vom ersten Anfang an mit Mercur oder Jodkalium oder mit beiden Mitteln zusammen je nach den Formen der Syphilis behandeln und dass man die Behandlung Jahre lang fortsetzen muss mit der Vorsicht, zuweilen zu pausiren. Dennoch ist sein Vertrauen ein sehr geringes, dass hiermit späteren Manifestationen vorgebeugt werde.

Bei der pharyngo-nas. Syphilose dürfe mit der Behandlung keine Minute verloren werden. Da man hier mit tertiären Fällen zu thun habe, so sei das Jodkalium das souveräne Mittel, und zwar in grossen Dosen.



Es wirke sicher in der formativen Periode der umschriebenen oder diffusen Hyperplasien. Ist aber die Vitalität der Gewebe bereits aufgehoben, so gibt es kein Specificum mehr; hier hat das Jodkalium den Process am Fortschreiten zu hindern. In Bezug auf die locale Behandlung empfiehlt er die grösste Reserve; jede örtliche Irritation könne den Zerfall der Hyperplasie beschleunigen. Man berühre nicht die Gummata oder Tuberkel des weichen Gaumens, des Isthmus des Pharynx, so lange sie sich noch in der formativen Periode befinden. Sind diese Formen schon ulcerirt, so empfiehlt er ihre Cicatrisation zu fördern, selten durch Aetzen mit Lapis, mehr durch Bepinseln mit Jodtinctur.

Diese Angaben beziehen sich auf die pharyngeale Syphilose. Bei der nasalen Syphilose findet dieselbe interne Behandlung statt, die locale jedoch sei complicirter. In Bezug auf letztere empfiehlt er bei Ozaena und schleimigeitrigem übelriechenden Ausfluss Injectionen oder die Nasendouche und empfiehlt, dass letztere bei geöffnetem Munde, vornübergebeugtem Kopfe und ohne zu schlucken gemacht werde. Von den zu injicirenden Flüssigkeiten empfiehlt er 10 Gramm Kochsalz auf 1 Liter warmes Wasser. Von den desinficirenden Flüssigkeiten übermangansaure Kalilösung oder Carbolsäurelösung; ferner das Einschnaufen von pulverförmigen Medicamenten, als deren Vehikel Zucker und Talc. venet. genommen werde, z. B.

Calomelan. 0,50
Bismuthi subnitr. 5,0
Talc. oder Sacch. 10,0

oder Alaun, Tannin als medicamentöses Pulver. Bei Ulcerationen und Fungositäten empfiehlt er das Argent. nitr. als Stift oder in Solution oder Salbe. In Bezug auf die chirurgische Seite der Behandlung verweist er auf die Handbücher der Chirurgie.

Dr. Schuster in Aachen.



Varia.

Der Nestor der englischen Dermatologen, Prof. Erasmus Wilson, hat seine Lehrkanzel am College of Surgeons in London aus Gesundheitsrücksichten niedergelegt. Das Andenken an seine Lehrthätigkeit in der Anstalt, welcher er auf seine Kosten eine grossartige Wachspräparaten-, Modell- und Bildersammlung dermatologischer Objecte gewidmet hat, wird stets ein lebendiges bleiben. Der wissenschaftlichen Arbeit und der Ausübung der Praxis gedenkt Wilson auch in Zukunft sich nicht zu entziehen.

Der Privatdocent Dr. Julius Caspary in Königsberg i. Pr. ist zum a. o. Professor der Dermatologie und Syphilidologie an der Universität Königsberg ernannt worden.



Bibliographie des Jahres 1877.

Dermatologie.

II. Verzeichniss (Fortsetzung von pag. 167—181).

Barclay. Gesichtserysipel; Wirkung d. salicyls. Ammonium auf d. Temperatur. Lancet II. 18; Nov. p. 647.

Bauer. Ueber Chininexanthem. Berl. klin. Wochenschr. XIV. 50.

Baumann. Ueber Impfung. Schweiz. Corr.-Bl. VII. 22. p. 673.

Brachet. Fall von Mykosis fungoides. Rec. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXIII. p. 626. Nov.—Dec.

Bramwell B. Scarlatina pemphigoidea od. pustulosa. Med. Times and Gaz. Nov. 10. p. 517.

Buchmüller A. Ueber eine Röthelnepidemie. Wien. med. Presse XVIII. 40. 42. 44. (Forts. von 38 und 39.)

Bulkley L. D. Pemphigus malignus; Nutzen d. Arsenik. Amer. Journ. N. S. CXLVIII. p. 408. Oct.

Bulkley L. D. Ueber die Erkenntniss u. Behandlung d. gichtischen Zustandes bei Hautkrankheiten. Amer. Practitioner Nov.

Bulkley L. D. Sind Eczem u. Psoriasis locale Hautkrankheiten oder Aeusserungen constitutioneller Erkrankungen? (Aus den Transact. of the internat. med. Congr. Philad. 1876.) — New-York. 19 pp.

Bulkley L. D. Ueber d. sogen. Eczema marginatum Hebra's (Tinea trichophytina cruris) in Amerika. Chicago med. Journ. and Examiner XXXV. 5. p. 449. Nov. — Arch. of Derm. IV. 1. p. 57.

Butlin H. T. Fälle von Brustkrebs nach Eczem d. Brustwarze und des Hofes. Med. chir. Transact. LX. p. 152.

Cadet de Gassicourt. Ueber Behandl. d. Tinea tonsurans mit Crotonöl (nach Ladreit de la Charrière's Verfahren). Bull. de Thér. XCIII. p. 385. 436. Nov. 15. 30.



Carry. Ueber die Bedeutung u. d. Indicationen der Bäder bei Hautkrankheiten. Gaz. des Hôp. 117.

Carter H. V. Ueber d. Delhi-Geschwür. Med. chir. Transact. LX. p. 265.

Colinet. Mittel zur Conservirung der Pockenlymphe. L'Union 147. p. 898.

Crocker H. Radcliffe. Ueber Dysidrosis od. Cheiropompholyx. Brit. med. Journ. Dec. 8. p. 803.

Dave. Cheloid in d. Inguinalgegend. Bull. de la Soc. anat. 4. S. II. p. 143. Jänn.—April.

Da Costa J. M. Ueber innere Complicationen des acuten Erysipelas. Amer. Journ. N. S. CXLVIII. p. 321. Oct.

Dawosky. Ueber Zwangsabimpfung. Memorab. XXII. 11. p. 497.

Dieterich; W. Bernhard; W. Mandelbaum. Ueber Impfung. Berl. klin. Wochenschr. XIV. 52. p. 766. 767.

Dudgeon J. Ueber Leprose in China. Glasgow med. Journ. N. S. IX. 4. p. 451. Oct.

Falkenstein. Ueber das Verhalten der Haut in den Tropen, ihre Pflege und Krankheiten. Virchow's Arch. LXXI. p. 421.

Fayrer J. Ueber Elephantiasis Arabum. Med. Times and Gaz. Dec. 1.

Fehling H. Zur Aetiologie des Pemphigus neonatorum. Arch. f. Gynäk. XII. 2. 259.

Flögl J. Fall von Eczem mit Stomatitis aphthosa; Tod durch Suffocation. Prag. med. Wochenschr. II. 51.

Fox Tilbury. Ueber die als Dysidrosis beschriebene Hautaffection. Brit. med. Journ. Dec. 8.

Fox Tilbury. Ueber Tinea tonsurans und deren Behandlung. Lancet II. 17—20; Oct., Nov.

Gaskoin George. Fall von Sklerema adultorum. Med. chir. Transact. LX. p. 113.

Grassl. Variola ohne Exanthem; Tod unter den Erscheinungen von Septikämie. Med.-chir. Centr.-Bl. XII. 44.

Haines W. T. Ueber puerperale Scarlatina. Brit. med. Journ. 29. Dec.

Harley John. Einfaches atroph. Sklerem mit Störung der Circulation u. Ernährung. Med. chir. Transact. LX. p. 131.



Harry. Ueber Hautaffectionen scrophulösen Ursprunges. Gaz. des Hôp. 146.

Hinton R. K. Fälle von Pityriasis rubra; Heilung. Philad. med. Times II. 256; Sept.

Hutchinson Jonathan. Ueber Hebra's Prurigo. Med. Times and Gaz. Dec. 22. 29.

Hyde J. N. Seltene Form von einseitigem multiplem angeb. Pigmentnaevus in der Anordnung von Herpes zoster. Chicago med. Journ. and Examiner XXXV. 4. p. 377. Oct.

Jansen P. Beobachtungen über Masern. Inaug.-Diss. Würzburg. 8. 30 S.

Jelly W. Typische Lepra tuberculosa. Edinb. med. Journ. XXIII. p. 317. (Nr. 268.) Oct.

Jones L. Fälle von Herpes zoster. Brit. med. Journ. Dec. 1. pag. 762.

Kaposi. Ueber Symptome u. Behandl. d. Psoriasis universalis. Wien. med. Wochenschr. XXVII. 44. 45.

Kaposi. Ueber den sogen. Lupus syphiliticus. Wien. med. Wochenschr. XXVII. 50. 51. 52. — Anz. d. Gesellsch. der Aerzte in Wien Nr. 10, 20. Decemb.

Kaposi. Ueber Lichen ruber planus universalis. Wien. med. Presse. XVIII. 52. p. 1671. — Anz. d. Gesellsch. d. Aerzte in Wien Nr. 9, 13. Decemb.

Kersch. Beobachtungen in der letzten Variolaepidemie und über salicyls. Chinin. Memorabilien XXII. 11. p. 482.

Kirschmann S. Ueber gleichzeitiges Auftreten zweier acuter Exantheme. Wien. med. Wochenschr. XXVII. 46.

Klamann. Scharlach ohne Exanthem, mit Uebergang in Typhus abdominalis; völlige Hautdesquamation nach überstandener Krankheit. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XII. 1 und 2. p. 178.

Klein R. Ueber das gleichzeitige Auftreten zweier acuter Exantheme an demselben Individuum. Inaug.-Diss. Berlin. 8. 30 S.

Koehler. Fall von Lepra maculosa mutilans. Berliner klin. Wochenschr. XIV. 46.

Königer. Ueber Impfung. Berl. klin. Wochenschrift. XIV. 47. pag. 695.

Kremer Ch. Ueber carcinomatöse Erkrankungen der Haut an den Extremitäten. Inaug.-Diss. Würzburg. 8. 38 S.

Ladreit de Lacharrière. Ueber Herpes des Ohres. Annal. des malad. de l'oreille, du larynx etc. III. 6. p. 348.

Lang E. Ueber Impetigo contagiosa und ihre Stellung zur Dermatomycosis tonsurans. Wiener med. Presse XVIII. 51. 52.

Liveing R. Elephantiasis Graecorum in Guernsey. Med. Times and Gaz. Dec. 15. p. 644.

Liveing R. Ueber Cheiropompholyx und Dysidrosis. Brit. med. Journ. Dec. 15.

Lorentzen. Abimpfungszwang und Glycerinlymphe. Deutsche med. Wochenschr. III. 46.

Lucas R. C. Fälle von Herpes. Brit. med. Journ. Nov. 3. p. 625.

Mackenzie J. I. Schweflige Säure gegen Pocken. Practitioner CXIV. p. 414. Dec.

Malbranc M. Zur Casuistik d. Pemphigus. Deutsches Arch. f. klin. Med. XX, 5 und 6. p. 606.

Maynard W. J. Analyse von 500 Fällen von Hautkrankheiten. Chicago med. Journ. and Examiner XXXV. 4. p. 348. Oct.

Meyer L. Ueber Impfung. Deutsche med. Wochenschr. III. 48.

Monteiro J. R. Ueber Vaccina. Gaz. med. da Bahia 2. S. II. 9.—11., 12. Settembre; Ottobre, Nov., Dec.

Müller A. Ueber eine Scharlachepidemie. Berl. klin. Wochenschrift XIV. 50.

Munro W. Ueber Leprose. Edinb. med. Journ. XXIII. p. 432. (Nr. 269) Nov.; p. 501 (Nr. 270) Dec.

Neumann I. Ueber die Anwendung der Borsäure gegen Hautkrankheiten. Pester med.-chir. Presse XIII. 52.

Nixon. Purpura variolosa. Dubl. Journ. LXIV. p. 342. (3. S. Nr. 70) Oct.

Oidtmann J. Virchow und die Impffrage. Herausgegeben vom Anti-Impfverein in Hamburg. Hamburg. Leipzig. Gracklauer. 8. 40 S.

Oidtmann J. Zur Pockenfrage. Inaug.-Diss. Köln, Leipzig, Gracklauer. 8. 35 S. mit Tab. 50 Pf.

Pfeiffer L. Die Gewinnung der animalen Lymphe in dem Impfinstitut des ärztl. Vereins von Thüringen; Uebersicht über die Thätigkeit des Instituts 1870—1877 incl. Thüring. Corr.-Bl. VI. 11.

Piwowarski K. Ueber Pemphigus foliaceus. Inaug.-Diss. Berlin. 8. 31 S.

Potain. Ueber Xanthom oder gelbe Flecke auf der Haut. Gaz. des Hôp. 118.

Power R. E. Carbolsäure gegen Herpes circinatus. Brit. med. Journ. Nov. 3. p. 634.

Pye-Smith P. Ueber Xanthelasma (Vitiligoidea oder Xanthom). Guy's Hosp. Rep. 3. R. XXII. p. 97.

Pye-Smith P. H. Ueber Classificirung und Localisation der Krankheiten, besonders der Hautkrankheiten. Guy's Hosp. Rep. 3. S. XXII. p. 151.

Rohé G. H. Ueber Tinea tonsurans und circinata. The Clinic XIII. 16.; Oct.

Roth. Ueber Impfrothlauf. Bayer. ärztl. Int.-Bl. XXIV. 44.

Saelan. Masern mit secundären Drüsengeschwülsten am Halse. Finska läkaresällsk. handl. XIX. 2. S. 124.

Schwarz A. Aphasie mit Lähmung etc. nach Morbillen. Deutsches Arch. f. klin. Med. XX. 5 und 6. p. 615.

Shoemaker J. V. Fall von Sykosis. Philad. med. and surg. Reporter XXXVII. 15. p. 298. Oct.

Shoemaker J. V. Ueber Eczem und dessen locale Behandlung. Philad. med. and surg. Reporter XXXVII. 18. p. 341. Nov.

Sim F. L. Ueber Behandlung des Scharlachfiebers. Philad. med. and surg. Reporter XXXVII. 22. p. 425. Dec.

Squire Balmanno. Psoriasis, behandelt mit Phosphor und Chrysophansäure. Brit. med. Journ. Nov. 3; Dec. 8.

Staffelbach E. Klin. und histol. Beiträge zur Kenntniss der Elephantiasis. Inaug.-Diss. Würzburg. 8. 26 S.

Stiller B. Ueber gleichzeitiges Vorkommen zweier acuter Exantheme. Wiener med. Wochenschr. XXVII. 39.

Stiller B. Ueber Menstrualexantheme. Berl. klin. Woch. XIV. 50.

Stilling Heinrich. Einige Beobachtungen zur Anatomie und Pathologie d. Lupus. Inaug.-Dissert. Leipzig 1877. Göttingen, Vandenhoeck u. Ruprecht. 8. 22 S. 60 Pf.

Stroganow N. Zur pathol. Histologie des Lupus erythematosus. Med. Centr.-Bl. XV. 48.

Thin G. Ueber die als Dysidrosis, Cheiropompholyx oder Pompholyx beschriebene Hautaffection. Brit. med. Journ. 1. Dec.

Tordeus Ed. Ueber Varicellen. Journ. de Brux. LXV. p. 221. 343. Sept. Oct.



Tordeus Ed. Ueber Röthеln. Journ. de Brux. LXV. p. 397. November.

Tordeus Ed. Ueber acuten Pemphigus bei Kindern. Journ. de Brux. LXV. p. 127. August.

Tweedy J. Ueber Cheiropompholyx und Dysidrosis. Brit. med. Journ. Dec. 29.

Vaccination, animale. Corr.-Bl. d. niederrhein. Ver. f. öffentl. Gesundheitspflege. VI. 7. 8. 9. p. 1. 162. — Gazz. Lomb. 7. S. IV. 40.

Waldenström J. A. Phlegmone und Acne granulosa s. scrophulosorum. Upsala läkarefören förhandl. XIII. 1. S. 74.

Wilson T. Pocken u. Vaccination. Lancet II. 26; Dec. p. 970.

Zechmeister. Ueber gleichzeitiges Auftreten zweier acuter Exantheme. Wiener med. Wochenschr. XXVII. 43.

Syphilis.

II. Verzeichniss (Fortsetzung von pag. 350—356).

Althaus J. Ueber syphilit. Affectionen des Nervensystems. Med. Times and Gaz. Nov. 10.

Andreae Ed. Anatomische Untersuchungen über die Lungenaffectionen syphilit. Kinder. Inaug.-Diss. Würzburg. 8. 40 S. u. 2 Taf.

Antony. Indurirter Schanker bei einem vorher Syphilitischen. Gaz. des Hôp. 122.

Baumann G. Zwei Fälle von Hirnsyphilis. Inaug.-Diss. Würzburg. 8. 17 S.

Boussi. Interstitielle syphilit. Hepatitis. Bull. de la Soc. anat. 4. S. II. p. 191. Jänn.—April.

Bramwell B. Vergrösserung der Leber und Milz bei angeb. Syphilis. Med. Times and Gaz. Dec. 22. p. 670.

Bumstead F. J. Das Gift venerischer Geschwüre, seine Unität oder Dualität. (Aus den Transact. of the internat. med. Congress, Philad. Sept. 1876.) Philadelphia. 8. 10 pp.

Caillé A. G. Zur pathol. Anatomie der congen. Lebersyphilis. Inaug.-Diss. Würzburg. 8. 28 S.

Caspary J. Zur Behandlung der Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. III. 51. 52.



Cock Ed. Ueber primäre syphilit. Geschwüre mit Bezug auf die Beeinflussung derselben durch die Structur ihres Standortes. Guy's Hos. Rep. 3. S. XXII. p. 1.

De Sinéty. Syphilis bei einem Fötus. Bull. de la Soc. anat. 4. S. II. p. 439. Mai—Juli.

Desnos. Blennorrhagische Endocarditis. Gaz. des Hôp. 134.

Durrant. Hemiplegie bei einem Syphilitischen. Brit. med. Journ. Dec. 15. p. 850.

Ehrhard K. Ueber Behandlung der Syphilis mittelst hypodermatischer Injectionen. Inaug.-Diss. Würzburg. 8. 23 S.

Engel Hugo. Ueber Diagnose u. Behandl. einiger Formen von syphilit. Nervenaffectionen. Philad. med. Times VIII. p. 121 Nr. 263. Decemb.

Faucon A. Ueber Peritonitis und subperitoneale Phlegmone blennorrhag. Ursprunges. Arch. gén. d. Med. 6. S. XXX. p. 387 und 545. Oct. Nov.

Field G. P. Ausgebreitete syphilit. Ulceration des Ohres. Brit. med. Journ. 6. Oct.

Fournier A. Ueber Schanker an der Brustdrüse bei Frauen. Gaz. des Hôp. 139. p. 1109.

Fournier A. Ueber syphilit. Ammen und Säuglinge. L'Union 117. 121. 126. 133. 141.

Graeffner W. Zur Syphilis des Herzens. Deutsches Arch. f. klin. Med. XX. 5 und 6. p. 611.

Grünfeld J. Die Formen d. Harnröhrentrippers u. d. endoskop. Befunde bei denselben. Wiener med. Jahrb. IV. p. 513.

Güntz J. E. Chemischer Nachweis der Ausscheidung von Hg bei Hg-Kranken nach der Anwendung von Salzbädern. Wiener med. Presse. XVIII. 45—48.

Guibout. Galopirende maligne Syphilis; allgemeine syphilit. Rupia. Gaz. des Hôp. 144.

Hardy. Blennorrhag. Gelenkrheumatismus. Gaz. des Hôp. 149.

Heiberg H. Aortenaneurysma bei einem Syphilitischen. Norsk. Mag. f. Laegev. 3. R. VII. 11. Forh. S. 158.

Hill Berkeley. Ueber pigmentirtes Syphilid. Lancet II. 22; Dec. p. 826.

Hutchinson Jonathan. Ueber progressive Chorioideitis bei acquirirter Syphilis. Med. Times and Gaz. Nov. 17.

Knox M. Fliegenlarven in syphilit. Ulcerationen des Halses. Lancet II. 14; Oct. p. 514.

Köcher. Ueber Syphilis im Gouvernement Saratow. Petersb. med. Wochenschr. II. 41. 42.

Kontrim. Behandlung der Syphilis mit subcutaner Injection von Quecksilberpepton. Petersb. med. Wochenschr. II. 49. p. 415.

Lancereaux E. Ueber Lungensyphilis. Bull. de l'Acad. 2. S. VI. 43. p. 1108, Oct. 23.

Lancereaux. Tertiäre Syphilis der Hoden, des Gehirns und der Lungen. Gaz. des Hôp. 125.

Laveran A. Aortenaneurysma mit Durchbruch in die Lungenarterie, wahrscheinlich syphilit. Ursprunges. L'Union. 149.

Lediard. Syphilit. Erkrankung des Rectum; Colotomie; Tod. Med. Times and Gaz. Oct. 27. p. 463.

Lemaire. Indurirter Schanker bei vorher Syphilitischen. Gaz. des Hôp. 133.

Macnamara C. Ueber syphilit. Knochenerkrankungen. Lancet II. 16. 23; Oct. Dec.

Marot Eugène. Syphilom des Anus u. Rectum. Bull. de la Soc. anat. 4. S. II. p. 356. Mai—Juni.

Mylius R. Ueber Behandl. d. Syphilis mit subcutanen Injectionen von Quecksilberchloridchlornatrium. Inaug.-Diss. Göttingen 1877. Vandenhoeck u. Ruprecht. 8. 38 S.

Neill, Hollingsworth. Syphilit. Ansteckung ohne entschieden nachweisbare Quelle. Philad. med. Times VIII. p. 124. Dec. 1877.

Oulmont P. Syphilis d. Knochen u. Eingeweide. Bull. de la Soc. anat. 4. S. II. p. 268. Jänn.—April.

Pellizzari C. Ueber Hirnsyphilis mit besonderer Berücksichtigung der Arterienaffectionen. Lo Sperimentale XL. p. 512, (XXXI. 11.) Nov.

Ramskill. Fall von Hirnsyphilis. Med. Times and Gaz. Nov. 24.

Sanquer A. Galopirende maligne Syphilis. Gaz. des Hôp. 148.

Schech. Fälle von Syphilom d. Larynx. Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med. 45.

Schütz E. Syphilome der Lunge, Pleura, Leber, des linken Linsenkerns; abgesacktes Empyem mit Durchbruch in die Lunge. Prager med. Wochenschr. II. 52.



Schwimmer E. Beitrag zur Syphilis hereditaria tarda. Pester med.-chir. Presse XIII. 43. 44. 45.

Spiegel R. Der Einfluss der Vaccine auf Latent-Syphilitische. Inaug.-Diss. Würzburg. 8. 27 S.

Swayze G. B. H. Ueber Verhütung d. Syphilis u. Prostitution. Philad. med. and surg. Reporter XXXVII. 14. 15. 16. Oct.

Verflassen Georg Theodor. Beitrag zur Anatomie u. Symptomatologie der syphilitischen Affectionen der Leber. Inaugur.-Dissert. Jena. 32 S.

Walton H. Fälle von hereditärer Syphilis. Med. Times and Gaz. Dec. 1.

Weber F. Ueber spitze Condylome beim Weibe. Petersb. med. Wochenschr. II. 46.

Weil A. Ueber syphilit. Infection des Kindes durch die Geburt. Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med. 42.

Originalabhandlungen.



Ueber eine seltenere Form der parasitären Sykosis und einige entzündliche Geschwülste.

Von

Prof. Eduard Lang
Vorstand der Klinik für Syphilis u. Hautkrankheiten an der Universität Innsbruck.

(Schluss.)

(Hierzu Tafel VII und VIII.)

Ich will nun die Bedeutung der im Bilde (Taf. VIII Fig. A) ziemlich gut wiedergegebenen grossen Geschwulst, die sich in so kurzer Zeit entwickelt hatte, erörtern oder vielmehr auf Grund klinischer Erfahrungen ihren Charakter näher zu bestimmen suchen. Wie erwähnt, hielt ich sie für ein Conglomerat entzündlich geschwellter Talgdrüsen; in folgenden Mittheilungen glaube ich eine Stütze für meine Ansicht zu finden.

Die erste hierher einschlägige Beobachtung, die vielleicht von der grössten Beweiskraft ist, habe ich an einem 19 Jahre alten Bauernmädchen gemacht, das vor einigen Jahren auf meiner Klinik durch länger als 8 Monate an

Lupus erythematosus

behandelt wurde. Wegen seiner Ungewöhnlichkeit glaube ich den Befund etwas ausführlicher schildern zu sollen.

Die Kranke bot an ihrer Haut im ganzen 10 Efflorescenzen dar, von denen einige auf den ersten Blick als Lupus erythematosus-Scheiben in verschiedenen Vor- und Rückbildungsstadien zu erkennen waren. Ausserdem aber sah man Efflorescenzen, die aus den vorigen hervorgegangen durch eine Stufenleiter bis zu solchen geführt hatten, die geradezu Geschwulstform annahmen, und die für sich allein be-



trachtet in ihrer wahren Natur kaum zu erkennen gewesen wären. Zur Illustration des Gesagten will ich einige der Efflorescenzen näher beschreiben.

In der Mitte des linken Oberarmes befand sich eine fast runde, circa 2·5 Ctm. im Durchmesser haltende, schmutzig braunrothe, bei Druck etwas erblassende, ein Millimeter über das Niveau des Gesunden emporragende Partie, die mit linsengrossen, zum Theil rundlichen, zum Theil polygonalen, schmutzig weissen oder schmutzig gelben, fettigen Schüppchen bedeckt war; deren peripherer Theil erschien abgehoben, mit der Mitte hafteten sie mehr oder weniger fest an der Unterlage. Einige der Schüppchen waren schwer ablösbar und liessen nach ihrer Entfernung einzelne Blutpunkte zu Tage treten: andere wieder konnten leicht abgehoben werden und zeichneten sich ihre unteren Flächen durch comedonenartige Fortsetzungen aus, die in einer Länge von 1—2 Mm. in der erkrankten Partie stacken. Die Mitte der Efflorescenz war deprimirt, die Haut an dieser Stelle normal aussehend.

An der hinteren Fläche des rechten Oberarmes in der Höhe der Achselfalte und nur eine Fingerbreite von ihr entfernt, sass eine 1—3 Mm. hohe, 5 Ctm. lange, 3·5 Ctm. breite, in ihrer Längsrichtung mit der Extremitätaxe übereinstimmende Efflorescenz, die wellig begrenzt erschien, weil mit ihrem Rande da und dort bereits kleinere Efflorescenzen zusammengeflossen waren. Im Uebrigen fanden sich hier dieselben Eigenschaften vor wie an der vorigen: Im deprimirten Centrum beginnende Rückbildung.

An der Beugeseite des rechten Vorderarmes, beiläufig einen Querfinger oberhalb des Capitulum ulnae, sah man eine herzförmige (offenbar aus 3 Lupus erythematosus-Scheiben hervorgegangene), im breitesten Theile 2 Ctm. messende Hautstelle, die wohl geröthet, aber nur wenig infiltrirt war und wenig schuppte, mit einem Worte das Aussehen einer in vorgeschrittener Rückbildung begriffenen Efflorescenz darbot. Von den übrigen Efflorescenzen befand sich eine am Nacken, und waren andere theils auf den rechten, theils auf den linken Arm (eine grössere des linken Oberarmes wurde excidirt) vertheilt, die einen allmäligen Uebergang von den beschriebenen zu den nun anzuführenden ganz deutlich erkennen liessen.

An der den Unterkieferwinkel deckenden Haut befand sich eine elliptische, 5 Ctm. lange, 3 Ctm. breite, mit dem Unterkieferrande



parallel laufende, braunrothe, bereits geschwulstartige Masse, die von der gesunden Umgebung durch einen steilen, bis 4 Mm. hohen Rand abgesetzt und in der Mitte über $^1/_2$ Ctm. hoch war. Die freie Oberfläche war theils mit einem sehr dünnen Epidermishäutchen, theils mit Börkchen bedeckt, die in Bezug auf Grösse, Form und deren Comedoanhang und in allen übrigen Stücken den der oben beschriebenen Efflorescenzen glichen; nur konnte man bei dieser Geschwulst noch bemerken, dass an manchen der abgehobenen Schüppchen oder Börkchen der Comedofortsatz dicker und von Eiter umspült war. Das Anfühlen der Geschwulst war ein ganz eigenthümliches, am ehesten ein schwammig-weiches zu nennen.

Nach Entfernung der Schuppen wurden unter der zarten Epidermis hirsekorngrosse oder noch grössere Herde von schmutzig weisser oder gelblicher Farbe sichtbar, deren durch einen kleinen Einschnitt herausbeförderter Inhalt eine theils trübflüssige, theils festweiche, comedonenbreiartige Masse ergab. An einer Stelle war die Ansammlung etwa hanfkorngross und bot ein eiterähnliches Aussehen dar; unter dem Mikroskope jedoch konnte man nur Fettkügelchen und verfettete Epithelien wahrnehmen.

Die Geschwulst, welche allenthalben deutliche Gefässverästelungen erkennen liess, war in einer grösseren Falte leicht aufzuheben und man gewann hiebei die Empfindung, als durchsetzte sie die Haut nicht in ihrer ganzen Dicke. Und in der That konnte man an dem excidirten Stücke, das auf dem Durchschnitte wie eine braungelbe Sulze aussah, bemerken, dass die Haut nur in ihrem oberen Theile ergriffen und dass die krankhafte Masse nur in einzelnen Buckeln durch die ganze Dicke gedrungen war.

Symmetrisch gelegen auf der rechten Seite war eine der vorigen in Allem gleichende, kuchenförmige Geschwulst nur von kleineren Dimensionen.

Zur Ergänzung sei auch noch einiges aus der Anamnese und dem Verlaufe der Krankheit nachgetragen.

Das Mädchen war sonst immer gesund und gehört auch einer gesunden Familie an. In seinem achten Lebensjahre wurde in der Gegend des Unterkieferwinkels an der Haut beiderseits und fast gleichzeitig ein braunrother Flecken bemerkt, der sich unter fortwährender Schuppenbildung zu einem Knoten vergrösserte, ohne irgend welche Schmerzen verursacht zu haben. An der Peripherie bildeten



sich in gleicher Weise neue Knoten aus, die nachträglich mit den centralen verschmolzen. Zwei Jahre später traten drei frische Flecken auf; an der Beugeseite des Vorderarmes einer, an der des Oberarmes zwei. Im zwölften Jahre überstand das Mädchen die Blattern, (die im Gesichte bedeutende Narben zurückgelassen haben); 14 Jahre alt bemerkte es denselben Ausschlag an beiden Oberarmen auftreten; die letzte Eruption soll im 17. Lebensjahre erfolgt sein. In dieser Zeit stellten sich auch die Menses zum ersten Male ein, wiederholten sich in unregelmässigen (zwei-, drei-, vier- und auch achtwöchentlichen) Pausen und flossen verschieden lange, ohne je schmerzhaft gewesen zu sein. Angewendet hatte die Kranke nur Kräuter, die sie jedoch wegen ihrer verschlimmernden Wirkungen wieder aufliess.

Die Behandlung auf der Klinik war eine locale und bestand in der ersten Zeit in Anwendung von die Resorption oder die Abstossung befördernden (Jod-, Quecksilber- oder Seifen-) Präparaten, also von nur milde wirkenden Mitteln. Bei der hochgradigen Infiltration der erkrankten Partien musste es sich jedoch bald herausstellen, dass hier eine energischere Therapie Platz zu greifen habe; und in der That war auch die Besserung um so auffälliger, je ausgiebiger Scarificationen, Auslöffelungen oder starke Kali- und Lapislösungen in Gebrauch kamen. Am vortheilhaftesten erwies sich immer die Auslöffelung oder die Application der starken Kalilösung; aber auch diese mussten wiederholte Anwendung erfahren.

Während der auf der Klinik durch 7 Monate fortgeführten Behandlung sind nur 3 Efflorescenzen (an den Armen) geheilt worden, an den übrigen war überall auffällige Rückbildung zu bemerken; neue Efflorescenzen sind nirgends aufgetaucht[1]).

Die beiderseits am Unterkieferwinkel gelegenen umfangreichen Efflorescenzen sind ihrem eigenen klinischen Charakter nach, noch mehr aber, weil sie sich als die Endglieder einer aus vollkommen gut charakterisirten Lupus-erythematosus-Scheiben herausgebildeten Kette darstellen, als das Resultat eines Vorganges anzusehen, der nur in einer entzündlichen Vergrösserung der Talgdrüsen und ihrer nächsten Umgebung beruhen kann.

In dem zweiten hier anzuführenden Falle lag ein



syphilitisches Infiltrat der Stirnhaut

vor, von dem ich annehmen zu müssen glaubte, dass es die Folge einer an dieser ungewöhnlichen Stelle stattgehabten Infection gewesen sei.

Die Erkrankung betraf einen Herrn der besseren Gesellschaft über die vierzig, der vordem nie syphilitisch war. Vor einiger Zeit soll er einen Furunkel an der Stirne bekommen haben, der von einem Collegen incidirt wurde. Anstatt dass aber Heilung erfolgt wäre, kam es in der Peripherie zu einer grösseren, nicht schmerzhaften Schwellung. Erst nach Wochen vernarbte der Schnitt; die die Narbe umringende Geschwulst schwand nicht; in ihrer Umgebung und am übrigen Körper kam es zu einem Ausschlage, der den Patienten zu mir führte.

Ich fand an der rechten Stirnhälfte eine bis an den rechten Augenbrauenbogen reichende, von anscheinend normaler Haut bedeckte Geschwulst, die in Form und Grösse mit einer auf einen Kranz gefassten, zusammengepressten und in der Mitte verdünnten getrockneten Feige zu vergleichen war; sie war rund, erhob sich von der Umgebung mit einem steilen, circa 8 Mm. hohen Rande und vertiefte sich gegen eine in ihrer Mitte gelegene, linsengrosse, bläuliche Narbe. Bei genauerer Untersuchung erwies sich die die Geschwulst deckende Haut insoferne abnorm, als die Poren und Furchen vergrössert, vertieft und weiter auseinanderstehend waren, kurz als die Haut das Aussehen darbot, als wenn sie durch eine Loupe angesehen worden wäre. Die Geschwulst fühlte sich eigenthümlich polsterweich an — wie manche Knollen einer „Pfundnase". In die Erkrankung schien nur die Haut einbezogen. Der übrige Körper war mit einem grosspapulösen Syphilide bedeckt; am Anus waren die Papeln nässend, an der behaarten Kopfhaut trocken und schuppend. Die Efflorescenzen vertheilten sich ziemlich symmetrisch, nur an der Stirne sah man sie, je näher der grossen Geschwulst, um so dichter gehäuft. Plaques am Gaumen und Rachen. An den Genitalien, namentlich aber am Penis fand sich nirgends die Spur einer Infection oder überhaupt einer Erkrankung vor.

[1]) Wegen Beurlaubung habe ich nach den ersten zwei Monaten auf die übrige Behandlung keinen Einfluss nehmen können.



Eine methodisch durchgeführte Innunctionscur und das Bedecken des Infiltrates der Stirne mit Emplastrum cin. brachten nach einigen Wochen alle Krankheitserscheinungen zum Schwinden.

Ich sah mich darum veranlasst, anzunehmen, dass die Infiltration an der Stirne höchstwahrscheinlich die Folge einer hier stattgehabten — und möglicher Weise durch das zur Anwendung gelangte chirurgische Instrument beigebrachten — syphilitischen Infection anzusehen sei, durch die es zu einer entzündlichen Vergrösserung der die Haut constituirenden Gebilde, vorzüglich aber der Talgdrüsen gekommen sein mag.

Für die Deutung der Geschwulst als Initialsymptom der Syphilis sprach der Mangel einer Sklerose an den Genitalien und die bestimmte Angabe des Patienten, dass nach jenem kleinen chirurgischen Eingriff zuerst die Geschwulst an Ort und Stelle, dann erst der Ausschlag am übrigen Körper und zuletzt die Gaumen- und Rachenaffection zur Entwicklung gelangten. Dass es sich bei dieser Geschwulst hauptsächlich um eine entzündliche Vergrösserung der Talgdrüsen handle, kann freilich nur Muthmassung sein; für deren Berechtigung spricht einigermassen die scharfe Begrenzung wie in den bisher genannten Fällen und das polsterweiche Anfühlen das dem einer mit Acne rosacea des höchsten Grades behafteten Nase — einer Elephantiasis nasi — gleicht. Wer aber einen einer solchen Nase entnommenen Knollen mikroskopisch untersucht hat, wird zugeben, dass wohl Vermehrung oder Vergrösserung aller die Haut constituirenden Gebilde besteht, dass aber hier in erster Reihe mächtig entwickelte und vielfach ausgesackte Talgdrüsen in die Augen fallen.

Um vieles beweisender für diese Annahme war ein Fall von

sog. Dactylitis syphilitica

bei einem angeblich aus gesunder Familie stammenden jungen Manne.

Derselbe wurde im zarten Kindesalter geimpft; statt einer Pustel bildete sich ein Geschwürsprocess aus. Im 6. Lebensjahre verdickte sich die erste Phalanx des linken Goldfingers hauptsächlich an ihrer Dorsalseite; einige Monate darauf trat Röthung und an einer seitlichen Stelle Durchbruch auf; es entleerte sich eine weissliche Flüssigkeit. Auch am Handrücken kam es zu krankhaften Verdickungen. Ein



Arzt entschloss sich zu incidiren, worauf es zu einem Geschwüre kam, das keinen Heiltrieb mehr zeigte, ja es breitete sich die Krankheit im Laufe der nächsten Jahre auch noch weiter über den Handrücken aus. Im 9. oder 10. Jahre entstand in der Mitte des linken Oberarmes eine kleine, harte Geschwulst, die sich in der Folge vergrösserte, röthete und aufbrach und erst nach zwei Jahren heilte. Im 15. Lebensjahre entwickelte sich unter dem linken Ohre eine ähnliche Geschwulst, die denselben Verlauf nur in kürzerer Zeit durchmachte. Fast in jedem der darauffolgenden Jahre bildete sich an der einen oder anderen Stelle des linken Oberarmes ein Knoten, der aufbrach und wieder verheilte. Angewendet wurden Handbäder, Leberthran und sonstige Medicationen.

Bei der Untersuchung des ziemlich gut genährten Kranken fand man die Haut über den Mittelhandknochen des 3. und 4. und über der anstossenden Phalanx des 4. Fingers der linken Hand von einer stellenweise über einen halben Centimeter hohen Geschwulst eingenommen, die mit schmutzig braunen Borken bedeckt war. Zog man diese ab, so präsentirte sich eine blaurothe, höckerige, von zartem Epithel bedeckte Fläche, die in der Mitte mit zahlreichen Vertiefungen versehen war, welche eben so viele Geschwürchen vorstellten. Eine durch die Geschwürsmündungen eingeführte dünnere Sonde war leicht in einer oder der andern Richtung eine Strecke weit unter der Haut vorzuschieben. Gegen den Rand zu sah man grössere, 5—8 Mm. lange, 2—4 Mm. breite, mit scharf zugeschnittenen und härtlich anzufühlenden Rändern versehene Geschwüre (Taf. VIII Fig. *B*). Die erkrankte Partie war wohl nicht steil aber doch deutlich abgegrenzt von der umgebenden Haut, welche übrigens auch bläulich verfärbt und mit breiten Schuppen bedeckt sich zeigte. Das Infiltrat bot ein teigigweiches Anfühlen dar; beim Zusammendrücken traten aus den kleineren, nadelspitzfeinen bis sondenknopfgrossen Geschwürchen Eiterpunkte oder consistente Eiterpfröpfe hervor, welche unter dem Mikroskope sehr viele Eiterkörperchen, aber auch Haufen von einander anhängenden Epithelien erkennen liessen. In die Erkrankung schien nur die Haut einbezogen; auch zeigten sich die Bewegungen der Finger in keinem Maasse beeinträchtigt und von keiner Schmerzempfindung begleitet. Verdickung weder an den Metacarpalknochen, noch an der ersten Phalanx des Ringfingers; Verkürzung der letzteren gegenüber rechts um mehr als einen Centimeter.



Ueber dem Proc. stil. ulnae war die Haut in der Ausdehnung eines 20 Kreuzerstückes in vollkommen analoger Weise verändert. Am linken Arme neun bis guldenstückgrosse, theils pigmentirte, theils pigmentlose und zarthäutige Narben. Unter dem linken Ohre eine ähnlich beschaffene Narbe, hinter der ein taubeneigrosser Lymphdrüsenabscess sich befand.

Das an der Rückenseite der Hand und der ersten Phalanx befindliche zum Theil ulcerirende Infiltrat sehe ich nun ebenfalls als hauptsächlich aus entzündlich vergrösserten Talgdrüsen bestehend an, wofür namentlich die dem hervorgedrückten Secrete reichlich beigemengten Epithelien sprechen. — Ich gestehe, dass ich Anfangs mich von der Befürchtung, dass hier eine carcinomatöse Entartung vorliege, nicht ganz lossagen konnte: Bestand doch die Ulceration schon seit siebenzehn Jahren, waren ja in den hervorgepressten „Eiterpfröpfen“ viele Epithelien nachzuweisen und fühlten sich die Ränder einiger Geschwürchen auch schon härter an, als andere Partien des Infiltrates; und zudem noch die in jüngster Zeit von Esmarch hervorgehobenen Beziehungen zwischen Syphilis und Carcinom! Allein ich bin mit einer antisyphilitischen Behandlung sehr gut durchgekommen und hatte eingreifendere Massnahmen nicht nöthig.

In den ersten vier Wochen wurden die Geschwürchen ab und zu mit dem Lapisstift geätzt, sublimathältige Handbäder und Jod in Leberthran ordinirt. Während dieser Behandlung traten am linken Arme zwei subcutane Knoten von über Erbsengrösse auf. Patient erhielt nun Jodkalium in steigenden Dosen; die Knoten wurden mit Jodtinctur, die ulcerirenden Infiltrate mit einer schwächeren Jod-Jodkali-Glycerin-Lösung bepinselt. Die Knoten verkleinerten sich rasch, die Geschwüre heilten bald und von der Infiltration der Haut über dem Handrücken, der ersten Phalanx und dem Proc. stil. ulnae ist jetzt (nach einer dreimonatlichen Therapie) nur noch eine Spur vorhanden. Patient steht noch in Behandlung.

In diesen vier Fällen glaube ich somit schliessen zu sollen, dass aus den angeführten Gründen eine entzündliche Vergrösserung einer scharf umschriebenen Gruppe von Talgdrüsen zu genau begrenzten, geschwulstartigen Protuberanzen führen könne, die sich durch eine besondere Weichheit wahrscheinlich darum auszeichnen,

weil das umgebende Bindegewebe an dem entzündlichen Processe nicht erheblich theilgenommen. Ausserdem sind freilich manche Verschiedenheiten zu verzeichnen. Einmal war das geschwulstartige Infiltrat von einer Haut bedeckt, die sich wie durch eine Loupe angesehen ausnahm, die aber im Uebrigen normal erschien; einmal zeigte die Oberfläche genau dieselben Eigenschaften, wie bei einer Lupus-erythematosus-Efflorescenz; einmal war die Epidermis so verdünnt, dass sie wie eine Schleimhaut feuchtglänzend war und die blutreiche Geschwulst das Ansehen einer geschwellten Tonsille darbot und, so wie es bei dieser der Fall zu sein pflegt, auf Druck sehr viele Eiterpunkte hervortreten liess; einmal war die blaurothe Oberfläche meist mit Borken bedeckt, nach deren Abheben sondenknopfgrosse und noch grössere runde und längliche Geschwüre zu Tage traten, aus denen ein dickes aus Eiter- und Epithelien bestehendes Secret herausgedrückt werden konnte [1]). Einmal machte die in Rede stehende pathologische Bildung ihren Verlauf in Tagen, einmal in Wochen durch; zweimal hatte man es mit einem durch viele Jahre andauernden Zustande zu thun. Ihrem Wesen nach war die Krankheit einmal als Dermatomykose, einmal als Lupus erythematosus und zweimal als syphilitische Infiltration anzusehen; und zwar stellte das syphilitische Infiltrat einmal höchstwahrscheinlich ein Initialsymptom dar, während es das andere Mal im Verlaufe einer möglicher Weise mit der Impfung beigebrachten Syphilis sich entwickelt hatte.

Bei näherer Würdigung solcher Beobachtungen dürfte vielleicht mancher Fall, der bisher dunkel erscheinen musste, in besserem Lichte sich darstellen. Ich möchte hier nur eine von Bergh in Kopenhagen mitgetheilte „neue“ Form einer Hautkrankheit erwähnen, die in keine der genannten Gruppen einzureihen war (Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, 1870 S. 578). Es kam nämlich bei einer 23 J. alten Frauensperson zu Pusteln und zu scharf abgegrenzten, mit der Haut verschieblichen Erhebungen,

[1]) Sind Talgdrüsenbälge vollständig exulcerirt, so nehmen die Geschwüre oft ein ganz charakteristisches Aussehen an. Die nur wenig infiltrirte und auf weite Strecken unterminirte Haut erscheint an mehr oder weniger zahlreichen Stellen wie mit einem Locheisen durchschlagen; durch zufällige Gruppirung solcher Löcher entstehen mitunter Figuren wie bei einer „durchbrochenen Stickerei.“



die in grosser Zahl über den Körper vertheilt waren und welche nach 10 Wochen ohne irgend eine eingreifende Behandlung mit Hinterlassung von rothen, schwach sternförmigen, unbeträchtlich vertieften, wenig spannenden Narben verheilt waren. Bergh nennt diese Krankheit „Pessema“ (von πεσσός Stein im Damenspiel), weil die Efflorescenzen sich von der Haut abhoben, wie die Steine von einem Damenbret; B. glaubt Syphilis auszuschliessen, obwohl die Person den Attaquen dieser Krankheit mehrere Male ausgesetzt war. (Bergh's Erfahrung ist mir Bürgschaft genug für die Richtigkeit seiner Annahme.)

Hält man dem Pessema von Bergh die parasitäre Sykosis und die bullöse und pustulöse Form der Dermatomykosis tonsurans (Impetigo contagiosa) entgegen; zieht man ferner in Betracht, dass nach v. Bärensprung's Untersuchungen (über Herpes-Serpigo-Ringwurm, Charité-Annalen 1855) auch die Bälge der Lanugohaare durch das Trichophyton entzündet werden können; berücksichtigt man endlich den Umstand, dass Dermatomykosen auch ohne jede Therapie zu heilen pflegen: dann ergibt sich wohl die Mahnung von selbst, in Zukunft bei ähnlich sich repräsentirenden „neuen“ Formen unter andern auch an eine Dermatomykose als letzten ätiologischen Grund zu denken und seine Untersuchungen auch dahin zu lenken.

Erklärungen zu den mikroskopischen Bildern.

(Tafel VIII.)

Fig. 1. Auffaserung eines Haarschaftes in seiner Continuität (Vergrösserung Vérick System 7, Ocular 2, Tubus eingeschoben).

Fig. 2. Pinselförmige Bruchfläche an der Stelle einer solchen Auffaserung; an der Bruchfläche (und an der Auffaserung von Fig. 1) sind sehr kleine runde Körperchen in grosser Zahl zu sehen (Vergrösserung Vérick S. 10, O. 2, T. eingeschoben).

Fig. 3. Ein Haar von längsgereihten kleinen runden Körperchen total durchsetzt (Vergr. Vérick S. 8, O. 3, T. eingesch.).

Fig. 4. Reste einer Wurzelscheide, eine grosse Menge von Körnchenreihen aufweisend; die schattirte Partie entspricht dem Anfange der Wurzel (Vergr. Vérick S. 7, O. 2, T. eingesch.)



Fig. 5. Dünneres Haar in seinem Markkanale von 2—3 Körnchenreihen durchzogen (Vergr. Vérick S. 10, O. 2, T. eingesch.).

Fig. 6. Schaftstück in seinem Markkanal von kleinen runden Körperchen bis zur Verdunkelung erfüllt; in der Rindensubstanz Pilzfragmente — Stäbchen, kubische Stücke und Fädchennetze — (Vergr. Vérick S. 10 O. 2, T. eingesch.).

Fig. 7. In der Rindensubstanz sieht man ebenfalls Stäbchen und kubische Pilzreste; die Markhöhle ist durch die kleinen runden Körperchen an einer Stelle erweitert, wo consecutiv Verbreiterung des ganzen Haares anzutreffen ist. Nur ein Theil in der Zeichnung ausgeführt (Vergr. Vérick S. 7, O. 2, T. eingesch.).

Fig. 8. Die kleinen Körperchen führen auch hier zu einer varicösen Erweiterung des Markkanals und der Rinde (bei letzterer nur auf einer Seite); den varicösen Stellen des Markes entsprechend ist auch die Rinde von den kleinen Körperchen mehr durchsetzt (Vergr. Vérick S. 4, O. 2, T. eingesch.).

Fig. 9. Barthaar durchsetzt von kurzen kubischen Körperchen, die nach ihrer Aneinanderreihung zwanglos als Ueberbleibsel von Pilzfäden angesehen werden können (Vergr. Vérick S. 7, O. 2, T. eingesch.).

Fig. 10. Ein in der Rindensubstanz eines Haarschaftes vegetirender Pilz — im Texte näher erklärt (Vergr. Vérick S. 10, O. 1, T. eingesch.).

Fig. 11. Keimende Pilzzellen zwischen den Epidermiszellen angetroffen (Vergr. Vérick S. 8, O. 3, T. eingesch.).

Die Präparate, die die Figuren 3, 5 und 11 lieferten, lagen in essigsaurem Kali, die übrigen in Terpentin.

Fig. 12—14. Barthaare von Sykosis parasitaria nach Tilbury Fox.



Ein weiterer Beitrag zur Anatomie der syphilitischen Initialsklerose.

Von **Dr. P. Unna** in Hamburg.

Zur Histochemie der Initialsklerose. — Sklerose der Gefässwände. — Endarteriitis obliterans syphilitica acuta und der „Gefässverschluss durch Infiltration" der Gefässwände mit Rundzellen. — Ist die Initialsklerose ein Hautgumma? — Umwandlung der Initialsklerose in eine „gummöse Induration". — Drei Excisionen.

(Hierzu Tafel IX und X.)

Virchow hat in seiner classischen und für die pathologische Anatomie der Syphilis epochemachend gewordenen Arbeit „Ueber die Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen" (s. Archiv Bd. XV, S. 217 ff., 1859) die vollständige „Uebereinstimmung des indurirten Schankers mit den Gummibildungen" (a. a. O. S. 326) ausgesprochen. Indem er die formell abgeschlossene Ricord'sche Lehre von den Perioden der Syphilis zum ersten Male an der Hand pathologisch-anatomischer Thatsachen kritisch beleuchtete, gelang es ihm, in schlagender Weise zu zeigen, dass die sogenannten secundären und tertiären Vorgänge anatomisch durchaus nicht scharf zu trennen seien, dass syphilitische Erkrankungen innerer Organe von ganz gleichem Charakter klinisch bald der secundären, bald der tertiären Periode zugerechnet würden, dass überhaupt die anatomische Untersuchung nur leichtere und schwerere Localerkrankungen kennen lehrt, welche in wechselnder Combination das Symptomenbild eines secundär oder tertiär syphilitisch Erkrankten ausmachen.

Heutzutage ist diese Anschauung zu allgemeiner Anerkennung gelangt und es kann den Werth der Schlussfolgerungen Virchow's in keiner Weise beeinträchtigen, wenn eine Prämisse, auf welche Virchow selbst einen grossen Werth legte (a. a. O. S. 326, 327;

Geschwülste S. 396, 406 Bd. II), nämlich die Uebereinstimmung des indurirten Schankers mit den Gummigewächsen der Tertiärperiode, nicht mehr aufrecht erhalten werden kann. In der obengenannten Arbeit gründet Virchow sein Urtheil auf die Untersuchungen von Michaelis, Lebert und v. Baerensprung (obgleich Lebert selbst eine solche Uebereinstimmung zwischen Schanker und Gumma nicht hatte finden wollen): „Der indurirende Grund „des Schankergeschwürs zeigt dieselbe Bindegewebswucherung, den- „selben feinfettigen Zerfall der Elemente, dieselbe Verdichtung, „welche die knotige Gummigeschwulst der inneren Theile erken- „nen lässt.“ Also nicht des ganzen Baues wegen soll der Schanker einem Gumma gleichen, wie Virchow das letztere ja selbst in allen seinen Formen aus der Leber, dem Gehirn, Muskel, Periost, subcutanen Gewebe beschreibt, sondern wegen der in demselben vorkommenden Elemente der Bindegewebswucherung, des fettigen Zerfalls. Auch in den „Geschwülsten“ (Bd. II, S. 406) nennt Virchow die primäre Induration nicht geradezu ein Gumma der Haut, sondern er betont nur wieder ihre Uebereinstimmung mit den gummösen Bildungen überhaupt und geht aus der makroskopischen Beschreibung des harten Schankers, welche Virchow voransetzt, hervor, dass er dabei vor Allem ein wirkliches Geschwür vor Augen hat [1]), dessen Rand und Grund jene charakteristischen Elemente darbieten sollen.

Inzwischen sind aber der Anatomie des harten Schankers lohnendere Aufgaben geworden, da die klinische Beobachtung der letzten Jahrzehnte dargethan hat, dass die Initial-Sclerose mit einem gewöhnlichen Schanker und mit einer Ulceration überhaupt keinen Vergleich zulässt, vielmehr eine Bildung eigener Art darstellt. Mag die Schule (z. B. Fournier) auch zu weit gehen, einen inficirenden Schanker nur dort diagnosticiren zu wollen, wo eine pergamentartige oder knotige Infiltration von eigenthümlicher Härte und Elasticität sich mit einer oberflächlich erodirten, daher muskelfleischrothen Epidermis bedeckt zeigt, so bildet diese Art des inficirenden Schankers nach dem jetztigen Stande unserer Kenntnisse doch den Typus und bedarf vor Allem der Erklärung ver-

*) Vergl. auch Geschwülste S. 396: „Der indurirte Schanker ist selbst ein gummöses Geschwür und geht nicht selten aus einem Gummiknoten hervor.“



mittelst der anatomischen Untersuchung. Es ist mithin jetzt lohnender geworden, die Virchow'sche Parallele zwischen Gumma und hartem Schanker wieder aufzunehmen; es handelt sich nun nicht mehr darum, Elementarbestandtheile des harten Schankers als gummöse zu erkennen, sondern um Beantwortung der Frage: ist dieses klinisch so eigenthümliche charakterisirte Gebilde der Initial-Sklerose seiner ganzen Structur und Geschichte nach einem Gumma der Cutis gleichzusetzen?

Die neueren Bearbeitungen der Anatomie des harten Schankers von Biesiadecki, Kaposi, Caspary treten speciell dieser Frage nicht näher, aber sie treten der Virchow'schen Auffassung auch nicht entgegen und indem sie dieselben Elemente in dem harten wie in dem weichen Schanker zu finden glaubten (Rundzellen, Verfettung), stellten sie sich stillschweigend auf seinen Standpunkt. Selbst die Beobachtung Biesiadecki's von Bindegewebsneubildung im harten Schanker steht der Auffassung als eines Gummas nicht in Wege, da Biesiadecki dieselbe hauptsächlich nur in die Peripherie des Schankers hinverlegt, wo sie ja beim Gumma fast regelmässig vorkommt [1]).

Dem gegenüber versuchten Auspitz und ich dem eigenartigen klinischen Charakter der Sklerose ein scharf sich abhebendes anatomisches Bild gegenüberzustellen. Wir stellen das von Biesiadecki nur angedeutete Vorkommen von Bindegewebsneubildung ganz in den Vordergrund und erklären die besondere Härte des Schankers durch die Einlagerung einer hypertrophischen, fibrillären Bindesubstanz zwischen sklerotische Herde von mikroskopischer Grösse (sklerotische Gefässe), welche ohne diese Sklerose en masse der Wahrnehmung entgehen würden. Wir postuliren diese Veränderung der collagenen Substanz der Cutis überall dort, wo klinisch die eigenthümliche Härte wahrnehmbar ist, ja in ihren Anfängen (an den Gefässscheiden) auch dort, wo die klinische Diagnose der Härte nocht nicht mit Sicherheit gestellt werden konnte und ein inficirender Schanker vorliegt. Denn bekanntlich kommen ja, besonders bei Frauen im Introitus vaginae, inficirende Schanker hin und wieder vor, welche nur in einer

[1]) Caspary allein erwähnt sehnenartig verdickte Bindegewebsbündel in seinem Fall 3 (Vierteljahrsch. f. Dermatol. 1876, pag. 55), ohne freilich besonderen Werth darauf zu legen.

scharf umschriebenen Erosion von der Farbe des Muskelfleisches bestehen, ohne die leiseste Andeutung einer Härte. Die Eigenthümlichkeit des klinischen Bildes verlangt also durchaus nicht, dass die fibrilläre Sklerose jedes Mal im gleichen Maasse vorhanden sei, sondern nur, dass sie überhaupt vorkomme und lässt im Gegentheile erwarten, dass sie sich in jedem Einzelfalle in anderer Weise und Stärke auspräge. Und dem entsprechen die anatomischen Erfahrungen.

Ich habe im Verlaufe des letzten Jahres durch die Freundlichkeit meines Collegen, Herrn Dr. Wiesinger, einen Fall zur Untersuchung erhalten, welcher an Grossartigkeit der Induration Alles übertraf, was ich bis dahin gesehen hatte. Vor der Excision präsentirte derselbe sich in Form eines länglichrunden, knorpelharten Knotens vom Umfange einer grossen Pflaume, welcher, zwischen beide Blätter der Vorhaut eingelassen, den ganzen Dorsaltheil derselben einnahm. Die stark wulstige Oberfläche hatte ein rothkörniges Aussehen und war in der Querrichtung des Gliedes durch eine tiefe klaffende Längsfurche in zwei Längsfelder getheilt. Hob man die Sklerose von ihrer Unterlage ab, so fand man dass der indurirte Knoten von der Umgebung scharf abgesetzt war, aber nach der Tiefe und der Wurzel des Gliedes hin eine circa 1 Ctm. lange ebenso harte Fortsetzung (Dorsalstrang) besitze. Indolente Leistendrüsen waren beiderseits vorhanden, dagegen noch keine Allgemeinerscheinungen. Am 19. Juni 1877 wurde nach elastischer Abschnürung des Gliedes die Sklerose sorgfältig aus dem überall weichen Gewebe der Umgebung herauspräparirt mitsammt der strangförmigen Fortsetzung, welche nun ebenfalls scharf umgriffen werden konnte. Nach der Excision fand sich nirgends eine Spur von Härte mehr vor. Die Heilung der ziemlich grossen Wunde ging nicht ohne Störung von statten. Sehr lange blieb die Umgebung der Wunde ödematös und von der Excisionswunde wanderte noch eine Erosion rund um das Präputium herum. Am 21. Juli konnte Patient geheilt entlassen werden. An der Excisionsstelle fand sich nur eine leichte teigige Geschwulst, keine neue Verhärtung. Allgemeinerscheinungen waren keine aufgetreten. Eine Revision im August 1878 hat dasselbe Resultat: bisheriges Ausbleiben aller Allgemeinerscheinungen ergeben.

In Fig. 1 ist die in Alkohol aufbewahrte, halbdurchschnittene Skerose von diesem Falle F. in natürlicher Grösse wiedergegeben. Man sieht auf der buckligen oberen Fläche (*o*) fast der ganzen Länge nach die beschriebene Furche (*lf*) verlaufen, welche auf dem Querschnitt (*g*) als eine 3 Mm. tief eindringende Spalte (*sp*) sichtbar wird (s. auch Fig. 3 *sp*). An den Körper der Sklerose, welcher auf dem Querschnitt eine rhomboidale Form zeigt, schliesst sich in ihrem mittleren Theile nach unten ein derber, zapfenartiger Fortsatz (*zf* s. auch Fig. 3 *zf*) an, der besprochene Gefässstrang. Man bemerkt weder makroskopisch (Fig. 1) noch mikroskopisch (Fig. 3) eine merkbare Abgrenzung desselben von dem Gewebe des indurirten Knotens selber, es ist eben seine Fortsetzung nach der Tiefe zu, also wahrscheinlich zuführenden Gefässen entgegen, welche in das Präputium aufsteigen. Dieser Strang ist durchaus solide bis auf eine von etwas weicherem Gewebe umgebene, fast 1 Ctm. lange, der Richtung des Zapfens folgende Spalte (*l*), welche bei mikroskopischer Betrachtung (Fig. 3 *l*) ein grosses, im Längsschnitt getroffenes Lymphgefäss darstellt.

Eine Sklerose wie diese, an Ausdehnung und Härte ein Prachtexemplar ihrer Gattung, musste von vornherein die Erwartung rege machen, dass wenn irgendwo, hier die Ursache der Härte klar zu Tage liegen würde und so ergab sich denn auch beim ersten Blick durch das Mikroskop, dass die fibrilläre Sklerose in diesem Falle bis zu einer Mächtigkeit entwickelt war, welche Alles, was ich bislang zu untersuchen Gelegenheit hatte, in Schatten stellte. Das Element der Infiltration mit Rundzellen tritt hier bescheiden zurück gegen die Hypertrophie des fibrillären Gewebes; dieses macht bei Weitem die Hauptmasse des Knotens aus. Nur dicht unter dem Epithel und um die von Epithel freie Spalte (*sp*) findet sich eine mässige Infiltration (*i*) mit Rundzellen. Die grosse Masse des Knotens besteht aus dicken, sehnig glänzenden Bindegewebszügen (*bb*), welche sich gegenseitig abgeplattet haben und nur ganz schmale Streifen (*str*) von Rundzellen in meist parallelen Lagen eingesprengt enthalten. Innerhalb dieser Streifen, welche mit der eben erwähnten Infiltrationszone gleich unter dem Epithel continuirlich zusammenhängen, findet man hin und wieder erkennbare Reste von Gefässen, feine Lumina ohne deutliche Wendung, während die ganze übrige Skle-

rose gefässlos erscheint, so dass die Annahme nicht unwahrscheinlich ist, die meisten Gefässe seien in der allgemeinen Bindegewebssklerose aufgegangen. Die dicken Bindegewebszüge zerfallen bei stärkerer Vergrösserung wieder in gröbere, diese oft aber nicht immer in feinere Balken, welche die Dicke gewöhnlicher Fibrillenbündel noch um das Zwei- bis Dreifache übertreffen. Diese Scheidung in feinere Bündel bewirken eingesprengte einzelne Kerne und Kernreihen, welche wieder mit den Streifen von Rundzellen im Zusammenhange stehen. So macht das ganze Bild den Eindruck, als wenn durch Anschwellung der vorhandenen Fibrillenbündel oder durch Bildung neuer von besonderer Dicke die einst von den Gefässen ausgehende Infiltration gleichsam bis auf Reste erdrückt wäre. Eine frühzeitige übermächtige Ausbildung der fibrillären Sklerose macht es dann auch verständlich, dass in diesem Falle die gewöhnlichen Wucherungen der Epidermis, wenigstens in dem mittleren Theile, nicht zur Ausbildung kommen.

So stellt dieser Fall in der mannigfaltigen Reihe der von Auspitz und mir beschriebenen Sklerosen nicht eigentlich einen Typus sondern ein Extrem dar; aber die Ansicht, welche den Grund der Sklerosenhärte in der Veränderung der Bindegewebsfibrillen findet, kann sich keinen beweisenderen Fall wünschen als den vorliegenden, in welchem diese Veränderung in hochgradigster Form klinisch mit der exquisitesten Ausbildung eines harten Schankers zusammentrifft. Zugleich erläutert dieser Fall auf das beste die (a. a. O. S. 196) von uns vorgetragene Ansicht, dass es sich beim sogenannten Lymphstrange nicht um eine an das Lymgefäss selbst knüpfende pathologische Erscheinung handele, sondern dass man darin die den Gefässursprüngen rückläufig (im Sinne der Arterie) folgende Fortsetzung der Sklerose selbst zu sehen habe, in welche das entsprechende Lymphgefäss natürlich stets, aber als wenigst betheiligter Factor, eingeschlossen wird. Im vorliegenden Falle handelt es sich um ein grosses, dergestalt eingebettetes Lymphgefäss; während die Vasa vasorum desselben durch Infiltration ihrer Wandung hochgradig alterirt sind, zeigt kaum die Wandung, geschweige aber das Endothel des Lymphgefässes selbst eine merkliche Veränderung.

Der intensiv und extensiv gleich bedeutenden Bindegewebsmetamorphose steht in diesem Falle eine sehr geringe Epithel-

veränderung gegenüber; auch der Grund der Spalte (*sp*) ist nicht von Epidermisresten bekleidet. Es ist mithin anzunehmen, dass in diesem Falle der derbe Knoten die Oberhaut förmlich gesprengt hat und es dadurch zu einer wirklichen, bis in das Bindegewebe klaffenden Spalte gekommen ist, welche nachträglich von den wuchernden Rändern wieder überlagert wurde. Ich kann in diesem Umstande also nur eine Complication sehen, wie durch Aetzung, mechanische Insulte eine solche auch wohl herbeigeführt werden könnte und glaube, dass unsere Behauptung, es handle sich bei der Sklerose in Wahrheit nicht um eine wirkliche Ulceration, (S. 187) dadurch nicht im mindesten berührt wird.

Wie ist nun diese Hypertrophie des fibrillären Bindegewebsantheils aufzufassen? Sind die stark verdickten Fibrillenbündel wirklich nur verdickten gewöhnlichen, z. B. denen einer elephantiastischen Haut gleichzustellen? Oder enthalten sie einen chemisch differenten Gewebsbildner, der etwa dem Zellprotoplasma noch näher stände? Es dürfte diese Möglichkeit auf den ersten Blick bestechend erscheinen; denn bekanntlich verschwindet die Sklerosenhärte wie sie gekommen und unter geeigneter Behandlung oft sehr rasch. Sollten einmal gebildete Fibrillenbündel ja etwas von ihrer Consistenz einbüssen können? An diese Frage konnte man wohl kaum mit Aussicht auf Erfolg herantreten, ehe in der Verdauungsmethode mittelst Trypsin aus dem physiologischen Institute von Prof. Kühne in Heidelberg ein neues Hilfsmittel zur Gewebsanalyse hervorging, mit dessen Hilfe sich nun allerdings diese Frage rasch und sicher beantworten lässt. Wenn nicht eine Quellung der Bindegewebsfibrillen durch Säuren oder Schrumpfung durch Wasser von 70° vorhergegangen, löst Trypsin dieselben nicht auf, sowenig wie Nuclein und Keratin. Aus den Schnitten unserer (in Alkohol gehärteten) Sklerosen werden daher, nachdem sie auf die von Kühne angegebene Weise der Verdauung mittelst alkalischer Trypsinlösung unterworfen sind, alle collagenen Bindegewebstheile und die in diese eingeschlossenen Kerne isolirt erhalten bleiben, während alles Zellprotoplasma, jede Kittsubstanz, eventuell vorhandenes Mucin daraus verschwunden sein muss. Durch Auflösung der Stachelzellen der Epidermis fällt auch die unverdaute Hornschicht ab, die Endothelien der Gefässe fallen aus den Lichtungen aus, Blutkörperchen und Fibrinthromben lösen

sich auf und alle eingestreuten Infiltrationszellen werden bis auf den Kern verdaut. So bleibt schliesslich nur ein dichtes Gerüst von fibrillärem Bindegewebe übrig mit eingestreuten Kernen und Lichtungen an Stelle der Gefässe[1]).

Vergleicht man nun dieses Gerüst mit den unverdauten Schnitten, so zeigt sich eine vollkommene Uebereinstimmung. Die Bindegewebsbalken sind von gleicher Stärke wie vorher, lassen keine Lücken und Spalten zwischen sich; es scheint nicht die mindeste Veränderung mit ihnen vorgegangen zu sein. Man kann diese verdauten Flocken so gut wie frische Gewebe zu Zupfpräparaten verwenden und die Gestalt der einzelnen Fibrillenbündel sich auf diese Weise gut zur Anschauung bringen. Dabei stellen sich die einzelnen Bündel als nahezu homogene, selten eine Andeutung von Elementarfibrillen zeigende, rundliche oder abgeplattete, oft geradezu vierkantige Balken dar (Fig. 2), welche ganz gerade gestreckt sind oder auch in Biegungen parallel neben einander hinlaufen, hier und da durch gewöhnliche feinere Fibrillenbündel verbunden oder gekreuzt. Zum Vergleiche bot sich mir ein Präparat von gewöhnlicher Elephantiasis dar. Die Schnitte, auf dieselbe Weise verdaut, zeigten ebenfalls Bindegewebsbündel von sehr verschiedener Dicke und darunter Bündel, welche den eben beschriebenen an Stärke nichts nachgaben. Doch waren auch manche Verschiedenheiten zu constatiren, namentlich besassen die gröberen Bündel der elephantiastischen Lederhaut eine weniger homogene Beschaffenheit, liessen ihre Zusammensetzung aus Fibrillen auf den ersten Blick erkennen. Dann waren sie innerhalb der Cutis in nahezu horizontalen, wenig gegen einander geneigten Lagen gekreuzt und verflochten, während in der Initialklerose die Richtung eine ganz unregelmässige, am öftesten noch dem Gefässverlaufe folgende war.

Ich glaube es hiermit sichergestellt zu haben, dass die Sklerosenhärte auf Einlagerung collagener Substanz beruht, eines soliden wenig veränderlichen Productes junger Bindesubstanz; von einer amorphen Zwischensubstanz, wie frühere Forscher wollten, von einer die Fibrillenbündel verstärkenden protoplasmatischen

[1]) Man färbt zweckmässiger Weise die Schnitte vorher im Hämatoxylin. In der alkalischen Verdauungsflüssigkeit bleiben die Kerne blau gefärbt und erleichtern die Uebersicht und Vergleichung der Präparate.



Schicht kann nicht die Rede sein. Wie es kommt, dass die Sklerosenhärte in vivo wieder verschwindet; ob durch die Resorption der zelligen Einsprengungen eine grössere Verschieblichkeit ermöglicht wird; ob die homogenen Bindegewebsbalken wieder in mehr locker gefügte Bündel überzugehen vermögen; oder ob eine regressive Metamorphose der collagenen Substanz vorkommt, darüber müssen spätere Befunde an in Heilung begriffenen Sclerosen Aufschluss geben. Thatsache ist, dass die pathologische Veränderung, welche die Sklerosenhärte verursacht, den Namen einer echten, fibrillären Hypertrophie verdient.

Gleichwie in dem Falle F. Gelegenheit gegeben war, dem Wesen der Sklerosenhärte einen Schritt näher als bisher zu kommen, so konnte ich in einem anderen Falle S., in welchem ich die Excision sehr frühzeitig vornahm, den Process der Sklerosirung der Gefässscheiden, wie Auspitz und ich ihn als Vorläufer der Cutissklerose angenommen haben, bis ins Detail verfolgen.

Hier war der Schanker zuerst bemerkt am 3. April 1877, indem Patient durch Schmerzen in der rechten Leistengegend auf ihn aufmerksam gemacht wurde. Der Zeitpunkt der Inoculation liess sich mit Wahrscheinlichkeit 3 Wochen zurückdatiren. Am 5. April fand ich zum kleineren Theil im Sulcus coronarius glandis, zum grösseren auf die Vorhaut sich erstreckend ein ovales Knötchen von der charakteristischen, wenn auch schwach ausgeprägten Härte, mit einer linsengrossen, wenig nässenden Erosion. Von Tag zu Tag konnte ich constatiren, wie die Härte immer deutlicher hervortrat und am 10. April als ein Zweifel, dass hier ein inficirender Schanker vorlag, nicht mehr aufkommen konnte, nahm ich die Excision vor. Die Heilung erfolgte rasch per primam. Zugleich trat eine wenig schmerzhafte, diffuse Schwellung in der rechten Inguinalgegend auf, wo bis dahin eine Plejade harter, indolent geschwollener Leistendrüsen wahrgenommen wurde.

Die Schwellung wurde zuerst ohne Erfolg durch Compression und Bleiwasserumschläge behandelt. Nachdem dann durch eine Punction eine mässige Menge seröser, röthlicher Flüssigkeit entleert war, die Punctionsöffnung aber fernerhin beständig auf Druck geringe Mengen seröser Flüssigkeit ausfliessen liess, wurde am 20. Mai eine ausgiebige Spaltung und Auslöffelung der schlaffen Granulationen vorgenommen, worauf dann die grosse Wundfläche

ohne weitere Complication heilte. Unterdessen war an der Excisionsnarbe keine Induration wieder aufgetreten. Eine genaue Untersuchung am 23. October 1877, ergab nirgends eine Spur von Drüsenschwellung. Es war bis dahin kein Exanthem, keine Affection der Schleimhäute, kein sonstiges Symptom der Syphilis aufgetreten. Patient, welcher unter beständiger ärztlicher Controle sich befindet, hat auch bis zum heutigen Tage (September 1878) kein Symptom von Syphilis gezeigt und sich überhaupt des besten Wohlseins erfreut.

An dieser Sklerose, so frühzeitig excidirt, als es die klinische Diagnose rechtfertigte, gelang es mir an den grösseren Gefässen von der Grenze des subcutanen Gewebes Bilder zu gewinnen, welche das Verhältniss der einzelnen Wandschichten zur Erkrankung in nicht zu missdeutender Weise illustrirten. Fig. 4 gibt ein im Querschnitt getroffenes Gefässpacket mit den Durchschnitten der Arterie (*a*), der Vene (*v*) und des Lymphgefässes (*l*). An der Intima der Arterie treten die Kerne der Endothelien sehr deutlich hervor und scheinen weiter als sonst in das Lumen hineinzuragen. Die ganze Intima befindet sich in geschwelltem Zustande. Eine gefaltete Membrana elastica existirt bei dieser Arterie noch nicht. Auch die Media ist geschwellt und wie die Intima gelblicher als normal; die Muskelkerne treten scharf hervor. Erst an der Grenze zwischen Media und Adventitia erscheinen reihen- und gruppenweise Rundzellen, und besonders an einer Stelle, wo ein deutliches Lumen dicht concentrisch umgeben von Rundzellen zu sehen ist, wo also ein kleines Vas nutriens bis an die Media heranreicht und offenbar sei es im Auswanderungs- sei es im Proliferationszustande sich befindet. Auch der anliegende Quadrant der Adventitia ist dichter durchsetzt mit Rundzellen als die übrigen Theile derselben. An diesen ist das Bild der Adventitia ein besonderes, bei vielen Gefässen wiederkehrendes. Einfache Reihen von Rundzellen durchsetzen sie theils concentrisch gelagert, theils in radiären Verbindungslinien, wodurch eigenthümliche, sternförmige Figuren gebildet werden, ähnlich wie bei der Entzündung fester Gewebe z. B. der Sehnen. Die von ihnen eingerahmten Bindegewebsbündel der Adventitia sind aber auch abnorm derb, vergrössert lassen keine Spalten und Lücken zwischen sich wie die Lagen einer normalen Adventitia. Offenbar ist die Schwellung

derselben die Ursache der eigenthümlichen Vertheilung der Rundzellen. Das sonst so locker gebaute, von Lymphspalten reichlich durchsetzte adventitielle Gewebe ist dadurch in eine feste Wand von relativ zum Gefässlumen sehr bedeutender Dicke verwandelt. An der Adventitia der Vene finden wir dasselbe Bild; dicke Bindegewebsbündel, zierlich abgetheilt durch einzelne Rundzellen und Reichen von solchen. Aber die Rundzellen sind hier im Ganzen schon reichlicher, durchsetzen besonders im oberen Quadranten die Media so stark, dass die Structur derselben völlig verschwindet. Die Muskelkerne scheinen sich an der hier stattfindenden Proliferation zu betheiligen. Die auffälligste Erscheinung an der Vene ist aber eine üppige Wucherung der Enthothelzellen, deren Kerne sämmtlich nach dem Mittelpunkte der Vene hin verlängert sind und augenblicklich die grösste Masse der Intima repräsentiren. Das eigentlich ovale Lumen der Vene ist dadurch zu einem unregelmässigen Fünfeck verengert. Im Gegensatze dazu befinden sich an den Endothelien des Lymphgefässes nicht die geringsten Veränderungen, eine eigene Media existirt hier nicht und die umgebenden adventitiellen Bindegewebsbündel zeigen in geringem Masse die bei der Arterie und Vene hervorgehobene Verbreiterung; den drei grossen Gefässdurchschnitten angelagert sind solche von mehreren kleinen Vosa vasorum (*vv*). Sämmtlich sind sie von Rundzellen dicht umgeben, zum Theil von solchen verschlossen. Das angrenzende Bindegewebe (*b*), welches das Gefässpacket vervollständigt, zeigt ebenfalls hypertrophische Fibrillenbündel und reihenweise dazwischen gelagerte Rundzellen. Es ist einleuchtend, dass das Gefässpacket durch die Schwellung der Adventitien der einzelnen Gefässe als Ganzes eine abnorme Dicke und Starrheit erhalten muss, auch ohne dass die Infiltration mit Rundzellen und der Obliterationsprocess der Innenhäute bereits bedeutende Fortschritte gemacht haben.

Den Fortgang dieses letzten Processes zeigen Fig. 5 und 6 an mehr oberflächlich gelagerten Gefässen, welche Schnitten derselben Sklerose entnommen sind. In Fig. 5, inmitten der dichtesten, syphilomatösen Rundzellenneubildung zeigen sich drei grössere Gefässdurchschnitte, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit als Arterie (*a*), Vene (*v*) und Lymphgefäss (*l*) anzusprechen sind und ein viertes nicht näher zu erkennendes Blutgefäss. Die Blutgefässe



sind obliterirt oder der Obliteration nahe. Die Vene ist vollständig obturirt, ihre drei Häute sind gleichmässig concentrisch durchsetzt von Rundzellen bis auf einen äusseren Saum der Adventitia. An der Arterie sind noch mehr Lagen der Adventitia frei von Infiltration und es zeigt sich im Innern des Zellpfropfes noch ein Lumen begrenzt von Zellen, deren etwas grössere Kerne durch Hämatoxylin schwächer gefärbt sind, also wohl ältere nach dem Lumen zu verschobene Endothelien. Die Endothelien des Lymphgefässes sind normal; dasselbe erscheint dadurch als klaffende Lücke in der allgemeinen, kleinzelligen Infiltration. In Fig. 6 habe ich ein wahrscheinlich venöses Blutgefäss abgebildet, um zu demonstriren, dass eine erhebliche Verkleinerung des Lumens nicht blos, wie es in Fig. 4 bei der Vene der Fall ist, durch eine active Sprossung der Endothelien zu Stande kommt, sondern ebenfalls passiv durch die dichte Infiltration der Gefässwände bewirkt werden kann. Die ganz nahe an einander geschobenen, durch Hämatoxylin nur blass gefärbten Kerne, welcher der Intima aufsitzen, müssen vormals einem beträchtlich weiteren Lumen angehört haben. Eine von aussen vordringende Infiltration mit Rundzellen hat die Intima auf einen kleineren Raum zusammengeschoben und dadurch natürlich die Endothelkerne genähert, die schwächere oder stärkere Hämatoxylinfärbung der Kerne ist hier wie immer der Wegweiser, welcher anzeigt, wo wir den Heerd der jungen Neubildung hinzuversetzen haben. In Fig. 6 liegt er in der Adventitia und Media allein.

Wir sind hier bei Besprechung der Sklerose der Gefässwände unvermerkt an die andere Frage herangetreten, welche bekanntlich in den letzten Jahren seit der hervorragenden Arbeit Heubner's das Interesse der Pathologen und Kliniker in gleichem Maasse in Anspruch genommen hat, an die Frage von der Arteriitis obliterans auf syphilitischer Basis. Die hier in Betracht kommenden Punkte sind bislang an Präparaten über Arteriensyphilis des Gehirns erörtert worden. Es unterliegt aber keinem Zweifels, dass von jetzt an das Augenmerk der Pathologen bei jedem erneuten Studium syphilitischer Neubildungen auf dieselbe gerichtet sein muss und es lässt sich erwarten, dass von hier aus noch manches Licht auf diejenigen Fragen fallen wird, welche in dem Capitel über Hirnsyphilis augenblicklich noch ihrer Ent-



scheidung harren. In Bezug auf die Initialsklerose will ich in folgendem versuchen, die Veränderungen an den Gefässwänden in inrer Entwicklung so zu skizziren, wie sie sich mir besonders beim Studium der frühzeitig excidirten Sklerose S. und einer noch zu beschreibenden K. ergeben haben, und zwar mit Rücksicht auf die Darstellungen von Heubner, Friedländer, Köster, Baumgarten. Dabei muss ich aber gleich hervorheben, dass die Objecte beiderseits nur einen sehr bedingten Vergleich zulassen. Denn die Funde von Arteriensyphilis des Gehirns sind als eminent chronisch verlaufende Localerkrankungen einer meist viele Jahre vorher acquirirten Syphilis zu betrachten, die Gefässalterationen in hier vorliegenden Initialsklerosen haben auf der Höhe ihrer Entwicklung ein Alter von circa 4 Wochen, die ersten Veränderungen an den Gefässen bedurften also nur einiger Tage zur Entwicklung. Wir haben es mithin mit einem vergleichsweise ganz acuten Processe zu thun. Andererseits bietet unser Object den grossen Vortheil, dass man mit Sicherheit alle Veränderungen auf die syphilitsche Ursache zurückführen kann, was in den Gehirnen tertiär Syphilitischer nicht immer ohne Bedenken zulässig sein wird. So wird Jedermann von feinen Bindegewebsfäserchen durchzogene, aus kleinen, grosskernigen Rundzellen gebildete Zellenanhäufungen hier als syphilomatöse Infiltrate ansprechen.

Heubner[1]) hat bekanntlich die bis dahin noch fast unbekannte Endarteriitis obliterans in den Vordergrund der syphilitischen Gefässerkrankung gestellt, die Wucherung der Intima ist nach ihm das Primäre, später soll erst durch Uebergang des Reizes auf die Vasa nutritia der Aussenhäute sich um diese ein Entzündungsvorgang etabliren, von dem aus episodische Einwanderung von Rundzellen in die Intima stattfinden, welche erst aus derselben verschwinden, wenn die letztere vascularisirt wird und sich zu einfachem Bindegewebe oder dem complicirteren Gebilde einer neuen Arterienwand im Lumen der alten (Arteriom der Arterie) umbildet.

Zuerst trat Baumgarten[2]) dieser Auffassung für einen ge-

[1]) Heubner, die luetische Erkrankung der Hirnarterien, Leipzig 1874.

[2]) Baumgarten, zur Arteriensyphilis. Archiv d. Heilkunde 1875, pag. 452.



nau beschriebenen Fall entgegen. Nach ihm besteht die luetische Erkrankung der Arterie „in einer durch den Reiz inficirter „Lymphflüssigkeit veranlassten Gewebsproliferation, welche von „aussen nach innen fortschreitet, (bei welchem Fortschreiten „der Auswanderungsprocess eine mehr oder weniger wichtige Rolle „spielt) und welche in eine charakteristische Wucherung des Arte„rienendothels ausläuft, die sehr bald zur durchaus dominirenden „Erscheinung des ganzen Vorgangs sich gestaltet.“

In einer Bemerkung [1]) zu diesem Aufsatz lässt Heubner den Ausgangspunkt des ganzen Processes unentschieden, betont aber, dass nicht immer die Adventitia zugleich mit der Intima erkrankt ist.

Im nächsten Jahre erhielt die ganze Frage eine viel breitere Basis durch die Arbeit von Friedländer [2]), in welche er die Heubner'sche Gefässerkrankung nur als eine Art der von ihm neu aufgestellten Arteriitis obliterans anerkennt, welche ätiologisch auf Syphilis beschränkt sei, noch überhaupt specifisch luetische Merkmale aufweise. Friedländer ist ausserdem geneigt, im Gegensatze zu Heubner die Intimaneubildung aus Wanderzellen der Vasa nutritia herzuleiten. Während die Friedländer'sche Behauptung, dass die sogenannte specifische Arterienerkrankung keine specifische, sondern eine bei chronischen Entzündungen und Geschwülsten weit verbreitete sei, ziemlich allgemeinen Anklang fand und dadurch die noch von Virchow mit der atheromatösen Arterienerkrankung zusammengestellte Arteriitis syphilitica statt dessen einer neuen, grossen Gattung von Arterienentzündungen zufiel, ist der letztere Theil seiner Aufstellungen, die Herkunft der Intimaneubildung aus Wanderzellen der Vasa vasorum noch nichts weniger als sichergestellt.

Doch mehrten sich alsbald die Stimmen, welche sich gegen eine endotheliale Abstammung der Intimawucherung aussprachen. Köster [3]) vertrat die Ansicht, dass die Vasa nutritia in allen Fällen den Ausgangspunkt endarteriitischer Processe abgäben und Baumgarten [4]) stimmt ihm in einer neuen Arbeit vollkommen in Bezug

[1]) Archiv der Heilkunde, S. 538.

[2]) Centralblatt 1876, S. 65.

[3]) Berliner klinische Wochenschr. 1876, Nr. 31.

[4]) Baumgarten, Ueber chronische Arteriitis und Endarteriitis mit



auf die syphilitische Endarteriitis bei. Das Syphilom der Hirnarterien ist nach ihm stets primär eine Erkrankung der Aussenseite; secundär kann eine gewöhnliche Endarteriitis obliterans hinzutreten. Diese hat aber nichts Specifisches an sich (mit Friedländer, gegen Heubner) und kann nur bestimmt auf Syphilis zurückgeführt werden, wenn eine syphilomatöse Erkrankung der Aussenhäute zugleich nachzuweisen ist. Er beschreibt einen solchen Fall, in welchem neben typischer Endarteriitis Riesenzellen und Verkäsungen in der wuchernden Adventitia vorhanden waren. Dies Verhalten der Aussenhäute soll nicht nur allein für die Diagnose von Belang sein, sondern soll auch das fernere Schicksal der Endothelwucherung bestimmen, indem diese aussen auftretenden Processe (Schrumpfung, Verkäsung), schliesslich sich der letzteren mittheilen, während vorher lange Zeit ein auffälliger Contrast bestand zwischen specifischer Erkrankung der Aussenhäute und nicht specifischer der Intima. Wenn Heubner oftmals Bilder fand, in denen sich Endarteriitis ohne Mes- und Periarteriitis zeigte und aus der weiteren Verbreitung der Veränderung an der Intima den Schluss zog, dass hier der Process begonnen haben muss, so weist Baumgarten darauf hin, dass die Innenhaut eine Oberfläche darstellte. welche zur weiteren Verbreitung der entzündlichen Veränderungen disponire. Dieser Hinweis ist, glaube ich, zur Erklärung der Heubner'schen Bilder gar nicht einmal nothwendig. Denn wenn nach Baumgarten es physiologisch sichergestellt ist, dass die Ernährung der Innenhaut nur von der Vasa nutritia, nicht dem Blute des Gefässrohres selbst besorgt wird, wenn andererseits wir uns denken müssen, dass die pathologischen Reize denselben Weg einschlagen wie die Ernährungsströme, so ist es ein anatomisches Postulat, dass krankhafte Processe an der Innenhaut weitergreifen als an den Aussenhäuten. Denn die Vasa nutritia verbreiten sich von wenigen Punkten aus in erheblichen Abständen und ihr Ernährungbezirk an der Innenhaut wird daher stets weiter reichen als ihre Capillarauflösung in den Aussenhäuten und sich ohne scharfe Grenze in der Intima verlieren. Ja, wo bei einer gewissen Verjüngung des Gefässrohres die Vasa nutritia verschwinden, ist die Intima

bes. Berücksichtigung der sog. „luetischen“ Erkrankung der Gehirnarterien etc. Virchow's Archiv. Bd. 73, 1878.



behufs ihrer Ernährung auf noch fernerliegende Bezugsquellen angewiesen.

Für die Initialsklerose kann ich es nun als einen ersten Satz von allgemeiner Gültigkeit aufstellen, dass nirgends entarteriitische Veränderungen zu finden sind, wo sich nicht schon in den Aussenhäuten oder wenigstens in der Adventitia allein, der syphilomatöse Process durch Rundzellenanhäufungen oder Sklerose der Bindegewebsbündel kundgibt. Schenkt man allerdings der letzten Veränderung nicht die rechte Beachtung, so wird man hin und wieder geneigt sein, einen fortgeschritteneren Process an der Innenhaut als an den Aussenhäuten anzunehmen, nämlich dort, wo die Rundzellenneubildung in der Adventitia sehr zurücktritt gegen die fibrilläre Sklerose.

Ein zweiter Satz lässt sich so aussprechen: Wo sich die Vasa vasorum im Schnitte neben den dazu gehörigen grösseren Gefässen finden, zeigen die ersteren regelmässig Rundzellenanhäufung in den Adventitien und Wucherung der Endothelien bis zum völligen Verschluss der Lichtungen, während an den letzteren der Process sehr verschieden weit entwickelt sein kann.

Ich muss also für die Initialsklerose dasselbe behaupten, was Baumgarten für die Endarteriitis obliterans chronica im Allgemeinen vertheidigt, dass der Process an der Intima nicht das Primäre im Gesammtvorgange darstellt und kann hinzufügen, dass durch die constante und frühe Betheiligung der Vasa vasorum mir die Meinung viel an Wahrscheinlichkeit zu gewinnen scheint, das wir hier den Ausgangspunkt der Neubildung zu suchen haben. Wenn ich soweit mit Baumgarten übereinstimme, so kann ich hingegen seine Behauptung, dass die Intimaneubildung in allen Fällen von vorherein nichts Specifisches enthalte, auf die Initialsklerose nicht unbedingt ausdehnen. Hier gehen die Gefässe zum Theil wenigstens auf in dem allgemeinen Rundzelleninfiltrat und wenn man in diesem mit E. Wagner eine charakteristisch syphilomatöse Bildung erblickt, so muss man es auch in der Neubildung an den Gefässwänden thun. Nun findet aber, wie Fig. 5 zeigt, bei vielen nahezu obliterirten Gefässen nicht der geringste Unterschied statt zwischen der Infiltration der Adventitia, Media und Intima. Schritt für Schritt dringen Rundzellen von aussen nach innen zwischen die einzelnen Lagen der Gefässwand, sei es nun, dass sie

einwandern oder an Ort und Stelle entstehen und verengern so concentrisch das Lumen. Meistens findet eine Betheiligung des Endothels statt, zuweilen aber auch nicht (Fig. 6) und die Intima wird dann passiv von der Neubildung der Aussenhaut zusammengeschoben. In allen diesen Fällen ist also von einem Contrast zwischen syphilomatöser Entartung der Aussenhäute und uncharakteristischer Arteriitis obliterans nicht die Rede. Die Intima wird einfach später und in geringerem Grade ergriffen als Adventitia und Media. Dieser Unterschied zwischen Baumgarten's und meiner Darstellung ist jedoch nicht so tiefgreifend, wie es den Anschein hai. Wir müssen uns erinnern, dass wir es hier einerseits mit einem acuten Processe, andrerseits mit Gefässen bedeutend geringen Kalibers zu thun haben, als es jene Hirnarterien besitzen. Ein anderer Fall K., in welchem etwas grössere Gefässe in den indurirten Knoten eingebettet sind und die Intimaneubildung eine seltene Intensität erreicht, wird schon genügen, die Bedeutung von Kaliber und Bau der Arterie für die Neubildung ins rechte Licht zu setzen.

J. W. P. K. aus Altona, Cigarrenarbeiter von 17 Jahren, am 17. November 1877 in's allgemeine Krankenhaus aufgenommen. Seit 3 Wochen Tripper, seit 6 Tagen rechtsseitige Epididymitis. — Bleiwasserumschläge.

17. November. Auf der linken Seite der Glans penis, vom Sulcus coronarius auf das Präputium sich erstreckend, $^1/_2$ Ctm. vom Frenulum entfernt, sitzt eine deutliche syphilitische Initialsklerose, deren Vorhandensein seit einigen Tagen erst bemerkt worden ist. Rechts charakteristische Plejade der Leistengegend. Links zwei Drüsen der Gruppe B_2 indolent tumeficirt. Beim Fehlen jeglicher Allgemeinerscheinungen wird die Sklerose mit der Cooper'schen Scheere excidirt. Frickische Einwicklung des rechten Hodens.

29. November. Excisionswunde vollständig vernarbt. Narbe weich. Der linke Nebenhoden schmerzhaft vergrössert. Tripper besteht noch. Zweite Frickesche Einwicklung des rechten Nebenhodens; Injection von Zinksulphat.

1. December. Epididymitis rechts zurück. Linker Nebenhoden stark geschwollen; Erguss in die linke Tunica vaginalis propria. Starke Schmerzen in der linken Leistengegend nach dem Verlauf des Samen-

stranges. Eisblase, 2 Blutegel in die Leistengegend. Bleiwasserumschläge auf den Hoden, 2 mal tägl. 0,5 Balsam Copaiv. in Kapseln.

10. December. Epididymitis links zurück. Tripper besteht noch.

4. Jänner. Exanthema syphiliticum papulatum universale. Beiderseits indolente Leistendrüsenschwellung. Einreibungen mit Ung. cinereum vom 8.—23. Jänn. 48,0 Grm. — Tripper geheilt.

25. Jänner. Exanthem abgeheilt. Sklerosennarbe an einer Stelle, gerade dem Sulcus coronarius entsprechend, etwas indurirt, sonst weich. Keine weiteren Allgemeinerscheinungen. — Patient wird entlassen.

Wenn in der Sklerose F. das Extrem einer Sklerosirung der Cutis gegeben war, und die Veränderungen der Gefässhäute darunter verschwanden, so stellt umgekehrt dieser Schanker K. einen Fall dar, in welchem der ganze Knoten aus hochgradig sklerosirten, aber noch mit ihren Häuten vollständig erkennbaren Gefässen zusammengesetzt ist. Besser als eine Beschreibung erläutert dies die Fig. 7. Man sieht, dass der Knoten gegen das lockere Bindegewebe durch stark infiltrirte und verengerte Gefässe abgegrenzt (*gr*) ist. Von hier aus bis zur Oberfläche findet man ein sklerotisches Bindegewebe, welches aber nicht wie im Fall F. grobe, durch spärliche Rundzellenstreifen getrennte Züge, sondern ein netzartig von Rundzellen durchwirktes Gerüst (*ng*) bildet, in welchem zahlreiche, kleinere und grössere obturirte Gefässe sich mit meist kreisrunden Contouren (*c*) deutlich abheben. Grössere Lymphgefässe (*l*) fallen als klaffende Spalten auf und bilden die einzigen Trennungslinien in dem gleichmässig indurirten Knoten. In Bezug auf das Epithel schliesst sich diese Sklerose an die gewöhnlichen Fälle an. An der Peripherie: verbreiterte und verlängerte Epidermiszapfen (*v e*), zuerst noch mit wohl ausgeprägter Körnerschicht, dann mit jenen mehr homogenen, kernhaltigen, körnchenfreien (*kfr*) Uebergangslagen, wie sie von mir bei einigen mit Hypertrophie und entzündlicher Schwellung der Stachelzellen einhergehenden Epidermoidal-Erkrankungen (Pocken, Diphtheritis) beschrieben sind, welche jedoch ein sehr verbreitetes Vorkommen zu besitzen scheinen. Nach der Mitte der Sklerose zu verschwinden die Epidermiszapfen ohne einen deutlichen „Grenzzapfen“ (Jugend der Sklerose) zu bilden, und dann schliesst sich, vollkommen im Niveau der drei Epidermisschichten, über der

Mitte des Knotens jenes modificirte, von Rundzellen und Kernen infiltrirte Epithel (*i e*) an, welches Auspitz und ich hinlänglich (a. a. O. S. 196 ff.) beschrieben haben und welches ein Analogon besitzt in dem von Lang für den Lupus geschilderten „in die „ganze Dicke der Oberhaut gleichsam eingewirkten Bindegewebs- „zellennetz". Unterhalb dieser, das Centrum der Sklerose überlagernden modificirten Epidermis fallen natürlich injicirte, mit rothen Blutkörperchen prall gefüllte Capillarschlingen (*ca*) auf. Auspitz und ich haben diesen fast regelmässigen Befund in unserer Arbeit nicht besonders hervorgehoben. Er scheint mir ein Kunstprodukt darzustellen, hervorgerufen durch die Art der Excision.

Wenn man die Induration in ihrer Peripherie mit den Blättern der Cooper'schen Schere fasst, so muss das unnachgiebige Gewebe, von der Seite und von unten her zusammengepresst, seinen flüssigen Inhalt möglichst nach oben und der Mitte zu entleeren, und es werden sich die Capillarschlingen des einstigen Papillarkörpers über dem Centrum der Sklerose mit Blut strotzend füllen. Es tritt hier sogar öfters eine Gefässzerreissung ein und das Blut dringt dann frei zwischen das durch Rundzellen zerworfene Epithel und färbt sogar noch die darüberlagernden Schuppen blutig, welche nichts weiter sind als infiltrirte Hornschicht, die aber immer als eingetrocknetes Secret bezeichnet zu werden pflegen. Die Sklerose F. zeigte diese Capillarfüllungen und Blutungen nicht, sie wurde aber auch ohne Druck mit dem Messer herauspräparirt.

Fig. 8 zeigt nun einen Arterienquerschnitt, welcher derselben Arterie angehört, die in Fig. 7 bei *c'* getroffen ist. Man kann ihn als Typus der hier vorkommenden Obliteration betrachten. Die Intima (*i*) ist in Form von 4 keilförmigen Buckeln in das Lumen der Arterie vorgewuchert, so dass nur eine feine, dreispaltige Lichtung übrig bleibt. Die Wucherung besteht aus mässig kernreichem, dichtem Bindegewebe von radiärer Schichtung. Es ist der Fortgang des in Fig. 4 (*v*) begonnenen Processes, nur sind die vielen Kerne verschwunden und dafür ist fibrilläres Bindegewebe aufgetreten. Einzelne grössere Epithelkerne springen in das Lumen vor. An einer Stelle ist der Kernreichthum der Wucherung ein bedeutender, entsprechend einer dichteren Infiltration der Media und Adventitia. Hier ist sogar die Membrana elastica





(*m e*) mit Rundzellen durchsetzt, welche sonst ohne Rundzellen als homogenes, nicht gefaltetes Band die Intima umgibt. Nach aussen folgt dann die stark infiltrirte Media (*m*), deren Muskelkerne auch der Theilung anheimfallen, und die Adventitia (*a*), welche in derselben Weise, nur hochgradiger erkrankt ist, wie es gelegentlich der Fig. 4 geschildert wurde. Man sieht in dem oberen Quadranten die hypertrophischen Fibrillenbündel noch von einzelnen Rundzellen getrennt, während zunächst in den unteren Reihen solcher Zellen die Bündel auseinander schieben, dann die Bündel selbst durchsetzen, womit die netzförmige Zeichnung der sklerotischen Adventitia aufhört. Ein anliegendes, vollständig von Rundzellen infiltrirtes und obturirtes Vas nutriens ist in *v v* mitgezeichnet.

Es ist klar, dass wir hier eine vollgiltige Endarteriitis obliterans acuta auf ihrem Höhestadium vor uns haben. Die Sklerose der Adventitia, die allgemeine Infiltration der Aussenhäute mit Rundzellen, das von Rundzellen obturirte Vas vasorum auf der einen Seite und die aus nur mässig kernreichem Bindegewebe gebildete Intimawucherung auf der anderen Seite entsprechen schon schon besser der Forderung Baumgarten's, dass sich eine specifische Bildung aussen mit einer nicht specifischen an der Intima verbinde. Von diesem Bilde findet sich aber in den Schnitten derselben Sklerose mancher Uebergang zu jenen, welche ich in den Fig. 5 und 6 abgebildet habe oder mit anderen Worten: es finden sich viele Gefässquerschnitte, in welchen neben der ziemlich selbstständigen Intimaneubildung eine reichliche Infiltration von Rundzellen von aussen nach innen vordringend die Grenzen aller drei Häute verwischt. So ergibt eine Combination der Gefässquerschnitte aus beiden Sklerosen S. und K. eine Reihe, welche sich auf der einen Seite an das bekannte Bild syphilitischer Hirnarterien anlehnt, andererseits bei den Gefässen kleinsten Kalibers und den Capillaren endigt, welche nie eine Spur von Neubildung fibrillären Bindegewebes aufweisen, dagegen durch eine von aussen nach innen langsam vordringende Infiltration der Wandungen mit Rundzellen verengt und schliesslich vollständig verschlossen werden. Ich will diesen letzteren Vorgang als „Verschluss durch Infiltration" der typischen Endarteriitis obliterans gegenüberstellen, indem ich aus guten Gründen dabei die weitere Frage vollkommen offen lasse,



ob diese Infiltration in einer Wanderung aus den Vasa nutritia besteht, oder in einer von aussen nach innen vordringenden Wucherung des vorhandenen Zellmaterials — oder in beiden. Je acuter der Process auftritt, desto mehr Wahrscheinlichkeit natürlich für die erstere Möglichkeit.

Der „Gefässverschluss durch Infiltration“ nun hat bei der Initialsklerose eine weit grössere Verbreitung, als die typische Endarteriitis obliterans. Diese findet sich rein eigentlich nur an den grössten Gefässen der Cutis und des subcutanen Gewebes, und auch hier selten bis zu dem Grade entwickelt, welchen Auspitz und ich (a. a. O. pag. 183, Taf. IV. Fig. 11) bereits abgebildet, noch seltener bis zur fast vollständigen Obliteration, wie sie an vielen Stellen der Sklerose K. vorkommt. Auch dann findet niemals eine derartige Organisation der Intimaneubildung statt, wie an den Hirngefässen, zu concentrisch gelagerten Häuten, welche sich den normalen Gefässhäuten vergleichen lassen. Vielmehr zeigt das Neugebilde stets eine radiäre Schichtung und die Kerne sind nach dem Centrum hin in die Länge gezogen. Auch dieser Unterschied beruht wohl auf dem rascheren Wachsthum dieser Intimawucherung.

Der Gefässverschluss durch Infiltration der Wandungen und die typische Endarteriitis obliterans, wie sie hier in buntem Durcheinander und in mannigfachen Uebergängen vorkommen, sind entschieden zusammengehörige Proliferationszustände. Die von den äusseren Gefässscheiden ausgehende Infiltration mit Rundzellen ist ja auch ein von allen Forschern über Syphilis der Arterien beobachteter, nur sehr verschieden gedeuteter Vorgang.

Heubner erklärt ihn für einen von den Vasa nutritia ausgehenden, episodisch auftretenden Entzündungsprocess, welcher der Endarteriitis gegenüber nebensächlich sei, nur eine Complication derselben darstelle und vollständig aufhöre, sobald die Endothelwucherung eine definitive Organisation annehme.

Friedländer, im Gegensatze hierzu, neigt sich dahin, eine Auswanderung aus der Vasa vasorum sogar für die endotheliale Neubildung verantwortlich zu machen.

Baumgarten gesteht dem Vorgange eine besondere Bedeutung zu, aber mehr für die Diagnose der Arterienveränderung als



einer syphilitischen (da er ja die Endarteriitis nur in seltenen Fällen für specifisch hält).

Bei den genannten Autoren finde ich mithin keinen Aufschluss über die Fragen, welche sich bei der Endarteriitis der Initialsklerose von selbst aufdrängen: Sind die Infiltration der Gefässwände mit Rundzellen und die Endarteriitis obliterans Zustände, welche sich auseinander entwickeln, entsprechen sie nur verschiedenen Perioden derselben Gefässaffection? — und weiter: Oder sind diese Zustände vielleicht räumlich an die Gefässe kleineren oder grösseren Kalibers vertheilt?

Für die erstere Möglichkeit spricht, dass Baumgarten bei der nach ihm mit der Endarteriitis syphilitica identischen Ligaturendarteriitis, welche jedenfalls acuter verläuft, in dem den Ligaturknoten umgebenden Gewebe eine granulirende Endarteriitis sah und beschrieb, welche dem „Verschluss durch Infiltration", wie ich sie in den Fig. 5 und 6 darstellte, sehr ähnlich gewesen sein muss. Dieses würde die Vorstellung nahe legen, dass es eine acute, granulirende Endarteriitis gäbe, welche in die chronische obliterirende Endarteriitis, wie sie von den Hirngefässen beschrieben ist, überzugehen vermöge. Die Erfahrungen, welche mir für die Initialsklerose vorliegen, sprechen jedoch gegen die Annahme, dass eine solche Umwandlung aus einem zellenreichen, granulationsähnlichen Zustande in die Endarteriitis obliterans in der Regel vorkommt. Man müsste dann nämlich mit einer gewissen Regelmässigkeit von der Peripherie nach dem Centrum einer Sklerose vordringend an den Gefässen gleichen Kalibers einen solchen Uebergang constatiren können. Das Gegentheil ist aber die Regel. Jede einzelne Sklerose zeigt in dieser Beziehung, wenn ich so sagen darf, einen Privatcharakter. Bei der einen herrscht unbedingt, selbst bei den grösseren Gefässen, die Infiltration vor, andere neigen auch in den kleineren zur obliterirenden Endarteriitis (Fall K.).

Es ist derselbe Unterschied, der uns in der Structur der Initialsklerosen überhaupt entgegentritt, wo auf der einen Seite sklerotische Fibrillenbündel fast allein den Knoten ausmachen, auf der anderen Seite ein grosser Zellenreichthum die Natur des fibrillären Bindegewebes so weit verdeckt, dass man begreift, wie der harte Schanker so lange mit dem weichen histologisch zusam-



mengeworfen werden konnte. Derselbe Unterschied tritt uns ja aber auch bei anderen Erzeugnissen der Syphilis entgegen. So bietet jede syphilitische Leber neben verkäsenden Gummata grössere oder kleinere Herde sklerotischen Bindegewebes, welche ihre eigene Geschichte haben und keineswegs stets aus denselben Rundzellenanhäufungen hervorgegangen sind, wie die Gummata. Die Syphilis hat eben die Neigung, ausser ihren Rundzellendepots auch die massenhafte Umwandlung der jungen Bindesubstanz in Collagen herbeizuführen, wie sie neben den Gummositäten des Periosts die Erzeugung von Osteophyten begünstigt. Diese Thatsache ist längst von Virchow in's rechte Licht gestellt und seither öfter von ihm betont worden, indem er alle Producte der Syphilis in zwei grosse Gruppen schied: in einfache Entzündungsproducte, Hyperplasien und die eigentlich specifischen Bildungen, die Gummata.

Die innige Verknüpfung beider Vorgänge in der Initialsklerose legt freilich die Vermuthung nahe, dass die hier vorkommende Hyperplasie der collagenen Substanz eben so gut als eine specifische zu betrachten sei, wie die syphilomatösen Zellenanhäufungen und einst auch als solche charakterisirt werden dürften, wenn erst ihre Geschichte so weit bekannt ist, wie jetzt durch Virchow's u. A. Bemühungen Herkunft und Schicksal des Gummas.

Die erste der oben aufgeworfenen Fragen: geht der Infiltrationszustand der Gefässe regelmässig in eine obliterirende Endarteriitis über? ist also nach meiner Ansicht zu verneinen. Beide Processe sind von vornherein unabhängig von einander, combiniren sich jedoch und die excessive Ausbildung des einen führt zur Abschwächung, ja Vernichtung des anderen (Sklerose F.). Stets aber disponirt hochgradige fibrilläre Sklerose der Adventitia zur typischen obliterirenden Endarteriitis, stark gummöse Infiltration derselben zur zelligen Verpfropfung des Gefässrohres, ein Satz, der eine bemerkenswerthe Analogie zu jenem von Friedländer und Baumgarten bildet, dass das Schicksal der Intimaneubildung abhängig ist von dem Zustande der Adventitia.

Die andere Frage über die Bedeutung des Kalibers der Gefässwand für den Eintritt des einen oder anderen Processes ist in dem Vorstehenden schon, und zwar bejahend beantwortet. Die



grössten Gefässe der Cutis, welche den Gefässen der Pia mater sehr nahe stehen, zeigen sicher eine Vorliebe für den endarteriischen Process, die kleinsten und die Capillaren hingegen für die Infiltration und stehen hierin den Adventitien der grösseren Gefässe am nächsten. Diese letzteren drei Orte sind mithin die Prädilectionsstellen für die eigentliche gummöse Infiltration.

Wenden wir uns jetzt zu unserem Ausgangspunkt zurück, zu der Frage: ist die Initialsklerose als ein Gumma der Cutis aufzufassen, so müssen wir dieses nach dem Besprochenen entschieden in Abrede stellen. Ein Gumma ist eine Anhäufung kleiner, grosskerniger Zellen, welche in einem Netzwerk feiner Bindegewebsfäserchen liegen, von der Umgebung makroskopisch mehr als mikroskopisch zu einem rundlichen Herde abgegrenzt und regelmässig der einfachen, trockenen Atrophie (Verkäsung) oder fettig-schleimigen Ulceration anheimfallend. Häufig, besonders gerade in der Cutis ist dasselbe umgeben von sklerotischen, spröden Bindegewebsbalken, aber Gumma können wir nur den centralen, gummiähnlichen, speciell in der Lederhaut ohne medicamentöse Einwirkung fast stets abscedirenden, zellenreichen Herd nennen. Die Initialsklerose hingegen zeigt die syphilomatöse Zellenneubildung innig durchsetzt von einer Neubildung fibrillären Bindegewebes, und dadurch ist schon die Unmöglichkeit einer grösseren Höhlenbildung gegeben. Aber auch zu miliarer Abscessbildung neigt sie nicht einmal.

Zugleich verhindert eine Hypertrophie der Epidermis den Aufbruch nach aussen und zeigt nur durch ihre centrale, schwach nässende Erosion, dass auch sie von andringenden, jungen Zellen durchsetzt und hinfälliger geworden ist, ohne ganz nachzugeben. Nie kommt es hier zu einem Durchbruch mit Höhlenbildung wie beim Gumma, obgleich gerade die Initialsklerose weit oberflächlicher in der Lederhaut zu liegen pflegt.

Im Gumma sind in neuerer Zeit verschiedenerseits Riesenzellen nachgewiesen, bei der Initialsklerose haben Auspitz und ich vergebens danach gesucht. Das Schicksal der letzteren ist meist vollständige Restitutio ad integrum (wie sich die einzelnen Elemente dabei verhalten, ist noch näher zu untersuchen), Umwandlung der ganzen Initialsklerose in einen Käseherd ist nie gesehen worden. Es kann mithin nicht vorkommen, dass man, auch

ohne die klinische Beobachtung, eine excidirte Initialsklerose mit einem Gumma der Haut verwechselt. Das Gumma wie die Initialsklerose sind beides Typen der Syphilisneubildung, welche sich scharf charakterisiren lassen, unter einander aber durch ihre Structur und Geschichte sehr weit verschieden sind.

Soweit stimmten alle Erfahrungen, die ich bisher an Initialsklerosen gemacht hatte, vortrefflich überein, bis ich durch einen Zufall im letzten Jahre in den Besitz eines pathologischen Präparates kam, welches bisher als Unicum dastehen mag, und welches durch seinen völlig abweichenden Bau die Geschichte der Initialsklerose um einen wichtigen Theil zu ergänzen im Stande ist, vielleicht auch auf die Entstehung von Gummabildungen in früher syphilitisch leichter afficirten Theilen überhaupt ein Licht zu werfen vermag. Es handelte sich um einen derben Knoten von Mandelgrösse, welcher unter der früher gespaltenen Vorhaut sass und dem vor 8 Jahren an derselben Stelle eine grosse Initialsklerose vorausgegangen war, ohne dass die Härte des Knotens je in dieser Zeit ganz verschwunden gewesen sein soll. Der intelligente Kranke gab seine Anamnese mit grosser Bestimmtheit und Genauigkeit an, wie folgt:

H. F. T. G., am 19. November 1877 in das allgemeine Krankenhaus aufgenommen. Im J. 1869 hatte Patient zum ersten Male einen Schanker an der Vorhaut, will 7 Monate im Militärlazareth nur innerlich mit Jodkalium behandelt worden sein. Zugleich war Tripper vorhanden. Nachdem er 14 Tage aus dem Lazareth entlassen, wurde er wieder in dasselbe aufgenommen. Damals war der Schanker der Vorhaut geheilt, aber unten an der Vorhaut war ein dicker Knoten in der Nähe des Bändchens unterdessen entstanden. Die Vorhaut war phimotisch, aus dem Sacke bestand Eiterung. Darauf wurde die Spaltung der Vorhaut vorgenommen; neben dem nun offen daliegenden harten Schanker fanden sich vielfache Abschürfungen, die sämmtlich unter Lohbädern ohne weitere Medication wieder in 7 Wochen heilten. Während des zweiten Aufenthalts im Hospital entstand ein rothfleckiger allgemeiner Ausschlag und ein juckender Ausschlag auf dem Kopf, mit welchem Patient entlassen wurde, „da der Arzt nicht aufmerksam auf denselben wurde.“ — 14 Tage später wurde Patient (1870) in's



Rendsburger Militärlazareth aufgenommen, da der Ausschlag immer stärker hervortrat. Dort erhielt er Schwefelbäder, Quecksilberinjectionen (wenigstens 8) und Schwitzbäder. Im Munde keine Affection, dagegen am After. Nach achtwöchentlicher Behandlung wurde er geheilt entlassen. — 1872 und 1873 Tripper, die ohne ärztliche Behandlung heilten. 1875 wurde die alte harte Stelle am durchschnittenen Präputium wieder wund, heilte aber unter Zinksalbe wieder zu. — Anfang September 1877 entstand ein heftiger Schnupfen, bei dem das linke Nasenloch immer verstopft und die linke Nasenseite angeschwollen war. Anfang October verspürte Patient Schmerzen beim Schlucken im Halse und Ohr; Anfang November kleine weissliche Stellen am Zäpfchen, der rechten Tonsille und dem harten Gaumen.

Status am 19. November 1877. Auftreibung des linken Nasenbeines. Im rechten Nasenloche an der Innenfläche des rechten Nasenflügels eine erbsengrosse, dunkelsammtrothe vertiefte Stelle, welche wenig eitriges Secret absondert. Die ganze Nase und Umgebung entzündlich geröthet. Am Zäpfchen ein kirschkerngrosses Geschwür, welches die Spitze und rechte Längskante einnimmt. Der weiche Gaumen, das Zäpfchen und die Gaumenbögen sammtartig dunkelroth geschwellt. An der hinteren Rachenwand sind mehrere flache Geschwüre sichtbar. An dem Vorhautreste links oben eine alte Narbe, in der Mitte unten ein härtlicher Knoten von Mandelgrösse und 1 Ctm. Dicke. — Täglich 2,5 Grm. Kal. jodat., Durchspülung der Nase mit Carbolwasser. Darunter bessert sich die Affection der Nase und des Rachens zusehends. Schwellung und Röthung nehmen ab, die Geschwüre heilen vollständig. Nach 3 Wochen (nach Verbrauch von 50,0 Grm. Kal. jodat.) Einleitung einer Schmierkur.

Vom 11.—24. December wurden 58,0 Grm. Ung. ciner. eingerieben. Darauf musste dieselbe wegen beginnender Stomatitis ausgesetzt werden. Während dessen am 13. December Excision der alten, seit 8 Jahren bestehenden Induration am Präputium. Patient hatte in diese Operation theils aus kosmetischen, theils aus anderen Gründen gerne eingewilligt.

20. December Abends schmerzhafte Anschwellung beider Fuss- und Kniegelenke mit Oedem der Beine und Eruption mässig zahlreicher Purpuraflecken. Bleiwasserumschläge.

21. December. Purpuraflecken zum grössten Theil zurückgegangen. Einige neue Eruptionen an Armen, Schultern und Rumpf. Die

Excisionswunde heilt ohne störende Complication, aber auffallend langsam. Allgemeinbefinden gut.

28. December. Purpura und Gelenkschmerzen vollständig verschwunden. Excisionswunde mit weicher Narbe geheilt. Patient nimmt noch 10,0 Kal. jodat. Im Ganzen Kal. jod. 60,0; Ung. ciner. 58,0. Am 30. December geheilt entlassen.

Ich muss gestehen, dass ich an die Untersuchung dieser Sklerose mit einiger Voreingenommenheit herantrat. Denn die älteren Exemplare, welche Auspitz und ich bis dahin untersucht hatten, glichen sich alle darin, dass sie ganz aus derbfaserigem Bindegewebe bestanden, ohne irgend sonstige Einlagerung und ohne überhaupt eine complicirtere Structur darzubieten. Daher war ich nicht wenig erstaunt, als in jedem Schnitte dieses Exemplars sich ganz eigenthümlich gestaltete und bis dahin in keiner Sklerose gefundene (*h*) Herde in grosser Anzahl zeigten, eingebettet in ein nur zum Theil sklerotisches Bindegewebe.

Fig. 9 gibt bei schwacher Vergrösserung eine Anschauung des sich darbietenden Bildes. Die Epidermis ist im Ganzen mässig hypertrophisch, die Epidermiszapfen sind unregelmässig gestaltet, verlängert oder verbreitert. Nur an wenigen Stellen der Oberfläche sind ihre Contouren undeutlich und verwischt durch ein andringendes, kleinzelliges Infiltrat (*k i*); in einigen Schnitten reicht eine grössere Wucherung der Oberhaut bis gegen die Mitte der Cutis vor und breitet sich hier flächenhaft aus. Die eigentliche Sklerose der Cutis nun nimmt nur die obere, der Epidermis zugewandte Hälfte derselben ein und hier liegen bald mehr zerstreut, bald eng aneinander und häufig zusammenfliessend die obengenannten Herde. Nach dem subcutanen Gewebe hin ist die Lederhaut immer lockerer gebaut und hier finden sich nur noch vereinzelte Herde. Alles Bindegewebe ist durchsetzt von abnorm zahlreichen, im unteren Theil der Cutis auch abnorm weiten Capillaren.

Fassen wir nun die Herde näher in's Auge, so ist ihnen allen gemeinsam eine äusserst kleinzellige Rundzellenwucherung. Viele bestehen nur aus einer solchen, bei den meisten aber finden wir ein gelblichweisses, trockenes, mit einem Wort käsiges Centrum (*c*), scharf abgesetzt gegen einen breiten Rand kleinzelligen



Infiltrates. Die rundliche Form der Herde bewirkt es, dass uns bei Hämatoxylinfärbung zunächst viele blaue Ringe auffallen, welche ein fast farb- und structurloses Centrum umschliessen. Durch Aneinanderlagerung solcher Ringe und Verkäsung der sich berührenden Infiltrationsränder entstehen grössere, unregelmässige Centren, umgeben von Infiltrationsbändern (siehe *h'*), deren Gestalten sich erklären, wie die der Psoriasis gyrata aus einer Psoriasis annullaris. Verlockend genug war der Gedanke, diese rundlichen Herde als Durchschnitte eines vollständig infiltrirten und in der Achse verkästen Gefässbaumes aufzufassen und damit direct auf die früheren Vorgänge der Initialsklerose zurückzuführen, und es bedurfte einer oft wiederholten Vergleichung der entsprechenden Herde benachbarter Schnitte, um festzustellen, dass die isolirten Herde wirklich kugelig oder eiförmig gestaltet und nicht Durchschnitte der Aeste eines einheitlichen Gefässbaumes seien. Hiergegen sprach ja eigentlich schon die besondere Vertheilung der Herde in der oberen Hälfte der Cutis. An eine so einfache Reduction dieses Bildes auf das Schema der von den Gefässen ausgehenden Infiltration ist somit nicht zu denken. Betrachten wir uns also erst die Zusammensetzung dieser Herde genauer.

In Fig. 10 ist eine Gruppe von Herden bei stärkerer Vergrösserung abgebildet. Im unteren Theile des Bildes fällt ein sehr grosser Herd mit biscuitförmig verkästem Centrum auf (*bc*), rechts darüber zieht sich ein länglichrunder hin ohne verkästes Centrum, aber mit zwei riesenzellenähnlichen Bildungen (*r ä*); links oben befindet sich ein eben solcher ganz runder. In der rechten oberen Ecke erscheint noch zum Theil im Bild ein central verkäster Herd von der gewöhnlichen Grösse. Der übrige Theil des Bildes wird von sklerotischem Bindegewebe und einigen kleineren Infiltraten eingenommen, in denen excentrisch Durchschnitte von Blutgefässen wahrnehmbar sind, so bei *m*, *n*, *o*. Auch am unteren Rande des unteren grossen Herdes finden sich offene kleine Blutgefässe in dichtester Infiltration. Es fragt sich nun zunächst, sind jene riesenzellenähnlichen (*r ä*) Bildungen wirkliche Riesenzellen oder nicht?

Man sieht einen regelmässigen Kranz von Kernen und ein trübes, structurloses Centrum, hiernach könnten es eben so gut in regressiver Metamorphose begriffene Riesenzellen wie eben solche

thrombosirte Gefässquerschnitte sein. Die Grösse spricht nur in einzelnen Fällen (*rä*, *rä,*) entschieden zu Gunsten der letzteren Auffassung, ebenso der Vergleich mit kleineren, in zelligen Infiltraten (*n*, *o*) eingeschlossenen, noch offenen Gefässen.

Aber es kommen auch kleinere, genau den obigen gleichende riesenzellenähnliche Bildungen vor, bei welchen die Herkunft beim blossen Anblick völlig zweifelhaft bleibt. In manchen Fällen entscheidet die Drehung der Mikrometerschraube. Bleibt beim Auf- und Abgehen des Focus der Kranz von Kernen und das trübe Centrum in gleicher Weise fortbestehen, so haben wir sicher ein Gefäss und keine Riesenzellen vor uns; wenn dagegen im umgekehrten Falle an Stelle der trüben Mitte ebenfalls Kerne treten, so ist viel Wahrscheinlichkeit vorhanden für eine Riesenzelle, aber ein schräggeschnittenes Gefäss kann unter Umständen ein ähnliches Bild liefern. Einen ganz sicheren Aufschluss dagegen gewähren auf einander folgende Schnitte, in welchen derselbe Herd mehrmals getroffen ist. So stellt Fig. 13 ein perivasculäres Infiltrat dar, welches auf mehreren Schnitten in ganz gleicher Weise wiederkehrt, und auf jedem derselben sehen wir in der Mitte einen riesenzellenähnlichen, thrombosirten Blutgefässquerschnitt (*a*) und an der Peripherie eine Lücke (*l*), die wahrscheinlich einst das Lumen eines Lymphgefässes bildete. Dieses Bild schliesst sich ungezwungen an das der obliterirenden Gefässe im Beginne der Initialsklerose (Fig. 5, 6). an. In diesem Falle ist die Entstehung aus einem infiltrirten und obliterirenden Gefässe zweifellos. Eben so unzweideutig sind auf der anderen Seite Fälle von wirklichen Riesenzellen wie sie Fig. 11 wiedergibt. Schon die Massenhaftigkeit des Vorkommens in einem Herde verbietet, hier an Gefässquerschnitte zu denken und es finden sich Herde, welche noch ausschliesslicher aus Riesenzellen bestehen. Ich habe diesen Herd herausgegriffen (Fig. 11), weil er ausser den Riesenzellen auch exquisite Verkäsung in seinem Innern zeigt, wodurch die Annahme, dass die Riesenzellen hier Zeichen einer regressiven Metamorphose sind, an Wahrscheinlichkeit gewinnt. Am besten eignen sich Schnitte, welche verhältnissmässig stark in Eosin und schwach in Hämatoxylin gefärbt sind, zur Untersuchung der eigentlichen Riesenzellen. Eine speciell darauf gerichtete Durchmusterung dieser Schnitte hat mich über dieselben Folgendes gelehrt.



Die Riesenzellen (Fig. 11, 12) sind nicht in allen Herden zu treffen. Ihr Vorkommen scheint sehr unregelmässig, weder an eine eigene Entwicklungsperiode der Herde noch an auffallende Nebenumstände, wie die Grösse der Herde, die Nachbarschaft oder den Mangel von Gefässen gebunden zu sein. Man findet sie manchmal in ganz kleinen Herden so massenhaft, dass es aussieht, als ob alle Zellen derselben sich zu Riesenzellen gruppirt hätten, während ganz grosse, im Centrum vollständig verkäste keine einzige aufweisen. Dann findet man sie wieder neben verkäsenden Centren in den peripheren Abschnitten grösserer Herde einzeln oder zu 3 bis 6 in fast radiärer Anordnung um das verkäsende Centrum gereiht (s. Fig. 11 *c*). Ihre Durchschnittsgrösse ist eine ziemlich constante, und zwar erreichen sie in linearer Ausdehnung das 4—6fache eines weissen Blutkörperchens, daneben kommen aber stets auch kleinere und sehr grosse bis zur doppelten der Durchschnittsgrösse vor (Fig. 12). Stets sind die Kerne am Rande angehäuft, meist regelmässig in einer Reihe. Die Mitte der Zelle sieht trübe, etwas gelblich, fein punktirt, wie bestäubt aus, färbt sich durch Eosin schwer, weshalb die Zellen bei dieser Färbung hell aus ihrer mehr gefärbten Umgebung hervorstechen. So stellt sich die Zelle bei mittlerer Einstellung als eine matte Scheibe dar, von den stark hämatoxylinirten Kernen wie von einer Perlenschnur umfasst. Bei höherer oder tieferer Einstellung verschwindet das Centrum allmälig, indem es sich verkleinert und ebenfalls stark gefärbten Kernen Platz macht. Man hat es also mit kugeligen Körpern zu thun, welche zum grössten Theil aus trübkörniger Substanz bestehen und an ihrer Oberfläche eine meist einfache, continuirliche Schicht von Kernen tragen. Immer bilden diese allerdings keine einfache Lage; manchmal häufen sie sich an einem Pol der Riesenzelle in Form eines Hügels an. Dann zeigt der Querschnitt derselben einen trüben, an einer Seite abgeplatteten Kreis, dem an dieser Stelle ein mehr oder minder breites Segment von Kernen (Fig. 11, *r'*) aufsitzt. Häufig finden sich rudimentäre Riesenzellen, welche nur aus einem trüben Kreise bestehen, dem an einer Seite ein kleines Häufchen von 2 bis 3 Kernen anliegt. Ohne die mannigfaltigen Uebergänge würde man diese Körper kaum als Riesenzellen anzusprechen wagen. In dem trüben Innern finden sich nur selten und nur bei den grössten Exemplaren einzelne Kerne



(Fig. 12 *r*). Es sieht dann so aus, als ob hier mehreren in Bildung begriffene Riesenzellen zu einer grösseren zusammengeschmolzen wären. Ueber ihre Entstehung lässt sich in diesem Falle so wenig Sicheres aussagen wie in jedem anderen bisher. Verhehlen will ich nicht, dass ich durch Betrachtung der kleinsten die Anschauung gewann, als entständen sie hier durch Apposition neben einanderliegender Zellen, indem nämlich das Protoplasma einiger Zellen quelle und sich trübe, ihr Kern verschwinde, während sie den Zellenleib der anliegenden Zellen in sich aufnehmen, so dass die Kerne der letzteren die verschmolzenen Zellen schliesslich als Kernmantel umgäben. Doch erhebt diese Anschauung nur den Anspruch einer Vermuthung für die hier vorkommenden Riesenzellen [1]).

Ziehen wir nun schliesslich das Facit in Betreff der oben aufgeworfenen Frage: Riesenzelle oder Gefässquerschnitt, so müssen wir behaupten, dass einige hierher gehörende Bilder wohl immer unklar bleiben werden, dass aber daneben eine erhebliche Anzahl unzweideutiger thrombosirter Gefässquerschnitte und eine noch weit grössere Menge evidenter Riesenzellen im Innern theils verkäsender, theils noch jüngerer Granulationsherde vorkommen.

Nach der bisher gegebenen Beschreibung ist es wohl kaum einem Zweifel unterworfen, dass wir es in vorliegendem Falle mit Gummen von miliarer und noch geringerer Grösse zu thun haben, einem in der Haut gewiss nicht häufigen Befunde. Wir haben rundliche Herde vor uns, entweder ganz oder doch in der Peripherie aus kleinen Rundzellen bestehend, welche sämmtlich einen relativ grossen Kern und eine mässige bis verschwindende Menge protoplasmatischer Substanz besitzen und in ein feinfasriges bindegewebiges Maschenwerk eingeschlossen sind. Im Centrum der meisten Herde findet eine regressive Metamorphose zu einer gelblichweissen, trockenen Substanz statt, in welcher sehr wenig deutliche Kerne persistiren, neben einer weniger häufigen Umwandlung der Rundzellen zu Riesenzellen, in denen ein Kranz von Kernen erhalten bleibt. Freilich finden sich keine sichtbaren

---

[1]) Es ist dieses übrigens dieselbe Auffassung, welche Lang (Vierteljahresschr. f. Dermatol. etc. 1875, zur Histologie des Lupus, S. 8) für die Entstehung der Riesenzellen in den Lupusherden geltend gemacht hat.

In dem Vorstehenden glaube ich den Beweis geliefert zu haben, dass eine directe Umwandlung einer Initialsklerose in situ nach langem Bestande in eine echt gummöse Bildung, eine „gummöse Induration“ vorkommt. Hiermit ist zugleich eine Art des Ausganges dieses pathologischen Vorganges gezeichnet. Hierin liegt natürlich nicht der mindeste Widerspruch gegen den oben ausgesprochenen Satz, dass Initialsklerose und Hautgumma grundverschiedene Erscheinungsweisen syphilitischer Neubildung sind. Der harte Schanker hat hier eben der Zeit und dem Baue nach sich gleichmässig von dem Begriffe der Initialsklerose entfernt. Andererseits existiren auch zwischen dieser „gummösen Induration“ und dem gewöhnlichen Hautgumma noch genug äussere Unterschiede, auf welche ich nicht noch einmal einzugehen brauche. Jedenfalls ist es von grossem Interesse in diesem Falle mit einiger Sicherheit nachweisen zu können, wie an Stelle von Frühbildungen Spätbildungen der Syphilis treten und es ist durchaus wahrscheinlich, dass an vielen Körperstellen ähnliche Substitutionen tertiärer Bildungen auf der Grundlage nicht vollständig verschwundener secundärer im Verlaufe der Syphilis vorkommen.

Die im Besprochenen enthaltenen Resultate fasse ich in folgenden Sätzen kurz zusammen:

1. Der fibrilläre Bestandtheil der Cutis, welcher durch seine Hypertrophie die Härte der syphilitischen Initialsklerose bedingt, besteht aus reinem Collagen.

2. Ein sklerotisches Gefässpacket entsteht durch die fibrilläre Hypertrophie der Bindegewebsbündel der Adventitien an den einzelnen Gefässen unter Schwund der Lymphspalten derselben (durch Rundzelleninfiltration mehr oder minder complicirt) — und die identische Veränderung des die Gefässe zunächst umschliessenden Bindegewebes.

3. Bei der Endarteriitis obliterans syphilitica acuta, wie sie in der Initialsklerose vorliegt, ist die Endothelwucherung sicher nicht das Primäre; das constante und frühzeitige Mitergriffensein der Vasa vasorum macht es wahrscheinlich, dass der Ausgangspunkt hierher zu verlegen sei. Wo noch keine Vasa vasorum vorhanden sind, beginnt der pathologische Vorgang stets in der Adventitia.



4. Die Endarteriitis obliterans syphilitica acuta, wenn man sie von der hier vorkommenden acuten, granulirenden Arteriitis selbstständig hinstellen will, — (eine Trennung, die nicht in der Sache begründet ist) — unterscheidet sich von der chronischen, obliterirenden Endarteriitis noch durch die radiäre (nicht concentrische) Anordnung des Bindegewebes und den Mangel jeglicher Organisation.

5. Eine grössere Verbreitung noch als die typische Endarteriitis obliterans hat hier der „Gefässverschluss durch Obliteration" der Gefässwände mit Rundzellen (granulirende Arteriitis). Beide Processe, unter einander unabhängig, combiniren sich und bei excessiver Ausbildung ist der eine im Stande, den anderen zu verdrängen. Die grössten Gefässe haben Vorliebe für die Endarteriitis obliterans, die kleineren für den Verschluss durch Infiltration, dem die Capillaren stets anheimfallen.

6. Hautgumma und Initialsklerose sind durch Bau und Geschichte ganz von einander getrennte syphilomatöse Neubildungen. Nur die elementaren Vorgänge, welche zu beiden führen, sind vergleichbar und zum Theil identisch.

7. Ein Ausgang der Initialsklerose, der nach langjährigem Bestande vorkommen kann, ist der in eine „gummöse Induration". Aus zurückgebliebenen, meist adventitiellen, syphilomatösen Infiltraten entwickeln sich echte miliare Gummata, welche in sklerotisches Bindegewebe eingebettet sind und central verkäsen. Bei dieser regressiven Metamorphose kommen jetzt auch zahlreiche Riesenzellen vor, die in der typischen Initialsklerose nie zu finden sind.

8. Unter drei (F., S., K.) aus curativen Gründen excidirten Initialsklerosen ist nur eine nach mehr als Jahresfrist von Allgemeinerscheinungen gefolgt gewesen.

Hamburg, September 1878.



Fettkörnchen in diesem Käse und durch langes Kochen in Aether und Chloroform wird derselbe nicht im mindesten aufgehellt. Dieser Umstand ist aber auch bekanntlich für die Diagnose des „Käses" irrelevant. Bei stärkerer Vergrösserung sehr feiner Schnitte (Fig. 15) kann man in der käsigen Randpartie die einzelnen Zellen nach (*z*) deutlich unterscheiden. Sie sehen faltig, gerunzelt, wie eingetrocknet aus. Die Kerne sind zuerst noch sichtbar, aber aufgehellt (*b*), zum Theil sogar vergrössert, wie gequollen; sehr wenige nehmen noch Hämatoxylinfärbung an (*h a e*). Hier und da sind Lücken (*l*) in den Zellenleibern zu sehen. Nach der Mitte zu verschwinden die Kerne ganz und die trockenen, in Zellenmumien umgewandelten Zellenleiber sintern zu einer trüben scheinbar structurlosen Masse zusammen, dem sogenannten Käse.

Diesen histologischen Befund zusammengehalten mit der zweifellosen klinischen Thatsache, dass an Stelle dieses Knotens eine syphilitische Initialsklerose bestand, welche trotz häufiger Behandlung nie ganz zurückging, rechtfertigt sich unter allen Umständen die Diagnose eines Hautsyphiloms oder, wenn man will, eines Hautgummas, welches aber im Gegensatz zu dem typischen Gumma z. B. der Haut des Unterschenkels, mehr dem Herdlupus ähnlich, aus miliaren Herden zusammengesetzt ist. Bei diesem bis jetzt, wie ich glaube, vereinzelt dastehenden Vorkommen konnte es mir immerhin nicht gleichgiltig sein, ob sich analoge Verhältnisse an anderen zweifellos syphilitischen Producten nachweisen liessen, und der Zufall liess mich an einer mit Gummiknoten und Schwielen reichlich durchsetzten Leber zur selben Zeit Herde von ganz gleicher Grösse finden, deren Identität mit den hier beschriebenen beim blossen Anblick (Fig. 16) ersichtlich ist. Man sieht hier zwischen intacten Leberzellbalken (*lb*) eine kleinzellige Infiltration erst reihenweise, dann massenhafter eingesprengt und zu einem miliaren Gumma (*g*) zusammenfliessend, welches in Centrum unter Schwund der Kerne derselben Eintrocknung unterliegt, wie sie oben beschrieben. Auch findet sich hier rings um das Centrum eine Zone besonders kleiner, stark tingibler Kerne (*kk*). Wo man um hämatoxylinirtes Präparat mit blossem Auge einen stecknadelkopfgrossen blauen Ring mit weissem Centrum wahrnimmt, da findet man unter dem Miskroskop sicher ein solches miliares Gummiknötchen mit centraler Verkäsung. Steht es nun



fest, dass in unserem Falle ganz wie bei der tertiärsyphilitischen Leber in ein sklerotisches Bindegewebe eingebettete miliare Syphilomknötchen vorliegen, so fragt es sich nun weiter, welchen Ort man als Ausgangspunkt der Neubildung mit mehr oder minder grosser Sicherheit anzugeben vermag?

Zunächst ist da natürlich an die Gefässscheiden zu denken. Dass es nun wirklich vorkommt, dass ein Gefässabschnitt in toto in einen syphilomatösen Herd verwandelt ist, lehrt die Fig. 14. Wir sehen hier ein mit rothen und weissen Blutkörperchen gefülltes Gefäss (*g*), dessen Intima vollkommen intact ist, concentrisch von einem käsigen und weiter aussen von einem specifischen Rundzellengewebe umgeben. Hier kann nur die Deutung am Platze sein, dass Adventitia und Media eines Gefässes sich allmälig in ein Gumma mit centraler Verkäsung umgewandelt haben, während die Intima mit ihrem Endothel vollkommen von der Neubildung verschont blieb. Dieser Fall kommt also vor, ist aber jedenfalls der allerseltenste. Häufiger schon sind solche Herde, welche an der Peripherie thrombosirte Gefässquerschnitte und in der Mitte die Anfänge der Verkäsung zeigen. Hier sitzt also das Syphilomknötchen peripher dem früheren Gefässe auf und ging demzufolge hauptsächlich aus einer Wucherung der Adventitia hervor. Es gibt überhaupt nur wenige Herde, welche ganz frei im sklerotischen Bindegewebe eingebettet zu sein scheinen. Die meisten tragen irgend eine deutliche Beziehung zum Gefässsystem, indem sie an ihrer Peripherie offene, thrombosirte oder obliterirte Gefässdurchschnitte aufweisen. Diese Thatsache allein würde noch nicht zur Aufstellung des Satzes genügen, dass im Allgemeinen der Ausgangspunkt der Syphilomknötchen in den Gefässscheiden zu suchen sei, wenn hier nicht die vielfache Untersuchung früh excidirter Sklerosen diesen Ausgangspunkt für den Beginn der syphilomatösen Neubildung sichergestellt hätte. Man kann demnach wohl behaupten, dass viele der Herde sicher, wahrscheinlich die meisten aus Infiltrationsherden der äusseren Gefässscheiden hervorgegangen sind, immerhin mögen einige aus in der Cutis zerstreuten Infiltraten sich gebildet haben, wobei übrigens auch hier die Abstammung von obliterirten, nicht mehr nachweisbaren Gefässen nicht auszuschliessen sein wird.



In dem Vorstehenden glaube ich den Beweis geliefert zu haben, dass eine directe Umwandlung einer Initialsklerose in situ nach langem Bestande in eine echt gummöse Bildung, eine „gummöse Induration" vorkommt. Hiermit ist zugleich eine Art des Ausganges dieses pathologischen Vorganges gezeichnet. Hierin liegt natürlich nicht der mindeste Widerspruch gegen den oben ausgesprochenen Satz, dass Initialsklerose und Hautgumma grundverschiedene Erscheinungsweisen syphilitischer Neubildung sind. Der harte Schanker hat hier eben der Zeit und dem Baue nach sich gleichmässig von dem Begriffe der Initialsklerose entfernt. Andererseits existiren auch zwischen dieser „gummösen Induration" und dem gewöhnlichen Hautgumma noch genug äussere Unterschiede, auf welche ich nicht noch einmal einzugehen brauche. Jedenfalls ist es von grossem Interesse in diesem Falle mit einiger Sicherheit nachweisen zu können, wie an Stelle von Frühbildungen Spätbildungen der Syphilis treten und es ist durchaus wahrscheinlich, dass an vielen Körperstellen ähnliche Substitutionen tertiärer Bildungen auf der Grundlage nicht vollständig verschwundener secundärer im Verlaufe der Syphilis vorkommen.

Die im Besprochenen enthaltenen Resultate fasse ich in folgenden Sätzen kurz zusammen:

1. Der fibrilläre Bestandtheil der Cutis, welcher durch seine Hypertrophie die Härte der syphilitischen Initialsklerose bedingt, besteht aus reinem Collagen.

2. Ein sklerotisches Gefässpacket entsteht durch die fibrilläre Hypertrophie der Bindegewebsbündel der Adventitien an den einzelnen Gefässen unter Schwund der Lymphspalten derselben (durch Rundzelleninfiltration mehr oder minder complicirt) — und die identische Veränderung des die Gefässe zunächst umschliessenden Bindegewebes.

3. Bei der Endarteriitis obliterans syphilitica acuta, wie sie in der Initialsklerose vorliegt, ist die Endothelwucherung sicher nicht das Primäre; das constante und frühzeitige Mitergriffensein der Vasa vasorum macht es wahrscheinlich, dass der Ausgangspunkt hierher zu verlegen sei. Wo noch keine Vasa vasorum vorhanden sind, beginnt der pathologische Vorgang stets in der Adventitia.



4. Die Endarteriitis obliterans syphilitica acuta, wenn man sie von der hier vorkommenden acuten, granulirenden Arteriitis selbstständig hinstellen will, — (eine Trennung, die nicht in der Sache begründet ist) — unterscheidet sich von der chronischen, obliterirenden Endarteriitis noch durch die radiäre (nicht concentrische) Anordnung des Bindegewebes und den Mangel jeglicher Organisation.

5. Eine grössere Verbreitung noch als die typische Endarteriitis obliterans hat hier der „Gefässverschluss durch Obliteration" der Gefässwände mit Rundzellen (granulirende Arteriitis). Beide Processe, unter einander unabhängig, combiniren sich und bei excessiver Ausbildung ist der eine im Stande, den anderen zu verdrängen. Die grössten Gefässe haben Vorliebe für die Endarteriitis obliterans, die kleineren für den Verschluss durch Infiltration, dem die Capillaren stets anheimfallen.

6. Hautgumma und Initialsklerose sind durch Bau und Geschichte ganz von einander getrennte syphilomatöse Neubildungen. Nur die elementaren Vorgänge, welche zu beiden führen, sind vergleichbar und zum Theil identisch.

7. Ein Ausgang der Initialsklerose, der nach langjährigem Bestande vorkommen kann, ist der in eine „gummöse Induration". Aus zurückgebliebenen, meist adventitiellen, syphilomatösen Infiltraten entwickeln sich echte miliare Gummata, welche in sklerotisches Bindegewebe eingebettet sind und central verkäsen. Bei dieser regressiven Metamorphose kommen jetzt auch zahlreiche Riesenzellen vor, die in der typischen Initialsklerose nie zu finden sind.

8. Unter drei (F., S., K.) aus curativen Gründen excidirten Initialsklerosen ist nur eine nach mehr als Jahresfrist von Allgemeinerscheinungen gefolgt gewesen.

Hamburg, September 1878.



Erklärung der Abbildungen.

(Tafel IX und X.)

Fig. 1. Skizze der halbdurchschnittenen Initialsklerose F. in natürlicher Grösse.

o Oberfläche.

q Querschnitt.

sp Auf der Oberfläche verlaufende Längsspalte im Querschnitt.

lf Längsfurche.

zf Querschnitt des zapfenförmig nach der Tiefe abgehenden Gefässstranges.

l Lymphgefäss, in demselben verlaufend.

Fig. 2. Aus der Sklerose F. mittelst Trypsinverdauung isolirte, beträchtlich verdickte Fibrillenbündel und Kerne. VIII/1.

Fig. 3. Querschnitt der Sklerose F. in fünffacher Vergrösserung.

sp, *zf*, *l* wie in Fig. 1.

i Infiltration mit Rundzellen dicht unterhalb des Epithels und unterhalb der Spalte (*sp*).

str Streifen von Rundzellen, von

b stark verdickten, sklerotischen Bindegewebszügen eingeschlossen.

e Epithel.

lo Lockeres Bindegewebe am Rande der Sklerose, in welchem sklerotische Gefässe verlaufen.

Fig. 4. Aus der Sklerose S. Ein Gefässpaquet im Beginne der Erkrankung der Gefässhäute.

a Arterie.

v Vene.

l Lymphgefäss.

we Wucherndes Endothel der Vene.

vv Vasa vasorum.

b Sklerotische Bindegewebsbündel das Gefässpaquet einscheidend.

Fig. 5. Aus der Sklerose S. Gefässe aus Stellen dichter Infiltration.

a Arterie, noch ein enges Lumen zeigend.

v Vene, vollständig obliterirt.

l Lymphgefäss mit normalem Endothel.

Fig. 6. Aus der Sklerose S. Blutgefäss, durch starke Infiltration der Adventitia und Media verengert, ohne bedeutende Veränderung des Endothels der Intima.

Fig. 7. Querschnitt der Sklerose K. 14 mal vergrössert.

ve Verdicktes Epithel.

kfr Körnchenfreie, kernhaltige Uebergangsschichten des Epithels.

ie von Rundzellen infiltrirtes Epithel.

ca Capillarschlingen nahe der Oberfläche, mit Blut strotzend gefüllt.

l Lymphgefässe.

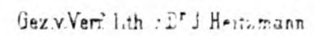
c c' Querschnitte von obliterirten Gefässen.

ng netzförmig mit Rundzellen durchwirktes Bindegewebe.



Fig. 5.

Fig. 6.


Gez. v. Verf. Lith. v. Dr. J. Heitzmann

gr mit Rundzellen infiltrirte und obliterirende Gefässe an der Grenze zwischen sklerotischem Knoten und lockerem Bindegewebe.

lo lockeres Bindegewebe.

Fig. 8. Obliterirende Arterie aus der Sklerose K.

i Intima. *m* Media. *vv* Vas vasorum.

me Membrana elastica. *a* Adventitia.

Fig. 9. Querschnitt der Sklerose G. nach 8jährigem Bestande exstirpirt; 10fache Vergrösserung.

ep Epithel.

h h' die im Texte näher beschriebenen Herde.

c c Centren derselben.

k i kleinzelliges Infiltrat, bis zur Epidermis und in diese vordringend.

t a Talgdrüse mit infiltrirten Wandungen.

Fig. 10. Eine Herdgruppe aus der Sklerose G.

c sehr grosser Herd mit biscuitförmig verkästem Centrum.

rä rä, riesenzellenähnliche Bildungen, z. Thl. Querschnitte thrombosirter Gefässe.

m, n, o perivasculäre Infiltration noch durchgängiger Gefässe.

Fig. 11. Miliares Gumma aus der Sklerose G.

c Verkästes Centrum.

r, r' wahre Riesenzellen.

Fig. 12. Mächtige Riesenzelle aus der Sklerose G., wie es scheint, aus kleineren Riesenzellen zusammengeflossen.

Fig. 13. Perivasculäres Infiltrat aus der Sklerose G.

a Gefässquerschnitt, riesenzellenähnlich.

l Lymphgefäss.

Fig. 14. Verkäsendes Syphilomknötchen, im Centrum ein noch offenes Gefäss führend. Sklerose G.

g das mit Blutkörperchen gefüllte Gefäss.

Fig. 15. Randpartie eines verkäsenden Centrums. Sklerose G. Starke Vergrösserung.

z verkäste Zelle.

h, h verblassende, zum Theil vergrösserte Kerne.

l Lücken in den verkäsenden Zellen.

h a e durch Hämatoxylin noch stark gefärbte Kerne in verkäsenden Zellen.

Fig. 16. Miliares Syphilomknötchen aus einer syphilit. Leber.

G das miliare Gumma.

k k von kleinen, stark tingirten Kernen gebildete Randzone um das verkäste Centrum.

lb intacte Leberzellenbalken.

Fig. 2—16 sind sämmtlich nach hämatoxylinirten Präparaten gezeichnet.



Ueber Trichorrhexis nodosa barbae.

Von

Dr. Ernst Schwimmer,

Universitäts-Docent in Budapest.

(Hiezu ein Holzschnitt.)

Die Structurveränderungen der Haare haben schon öfter den Gegenstand mehrfacher Untersuchungen gebildet, und man hat die diesfälligen Erkrankungen zumeist auf Erkrankungen des Mutterbodens zurückzuführen versucht, ohne zu prüfen, ob nicht der Haarschaft selbst gewisse Veränderungen, die in der Substanz desselben sich entwickeln, erleiden kann. Man wäre wohl berechtigt den Gegenstand noch eingehender zu erforschen, da man öfters im Haarschaft krankhafte Vorgänge beobachten kann, die wenn auch wahrscheinlich durch Ernährungsstörungen in der Haarwurzel veranlasst, weder in der letzteren noch in dem selbe umschliessenden Balge etwas Abnormes zu erkennen gestatten. — Die Ursachen der Haarerkrankungen sind im Ganzen genommen ziemlich dunkel und mit Ausnahme der parasitären Leiden wissen wir über die Affectionen der Haare nicht viel zu sagen. Man pflegt wohl constitutionelle Ursachen, Nerveneinflüsse, locale Ernährungsstörungen u. s. w. als krankheiterzeugende Momente zu beschuldigen, ohne hiermit für das Wesen des Leidens ein richtiges Verständniss zu erlangen, und wir entbehren demzufolge auch einer sicheren Grundlage für eine richtige Behandlung der meisten Haaraffectionen.

Die Veränderungen des Haarschaftes beziehen sich auf die Stärke, Farbe, Entwicklung und Richtung desselben und man kann die meisten Abweichungen von der Norm unter eine dieser, die Form, die Quantität oder die Qualität des Wachsthums be-



treffenden Alienationen einreihen. — Eine genaue Beobachtung lehrt weiter, dass einzelne Erkrankungen blos an den Haaren der Kopfhaut, andere wieder mehr an den Barthaaren vorkommen, wobei man ganz verschiedene Charaktere bei diesen verschiedenen Leiden findet. Worin derartige Differenzen ihren Grund haben, ist uns vorläufig unbekannt.

Ganz besonderes Interesse verdient jedoch ein eigenthümliches Leiden der Barthaare, das theils wegen des seltenen Vorkommens, theils wegen der verschiedenen Beurtheilung, die dasselbe mitunter von einzelnen Autoren erfahren, einer neuerlichen Mittheilung werth erscheint, es ist dies eine mit Knotenbildung im Haarschaft einhergehende und selben theilweise zerstörende Erkrankung, die ich im Ganzen nur dreimal zu sehen Gelegenheit gehabt, und die von einzelnen Beobachtern, die von der Existenz dieses Uebels keine Kenntniss hatten, als eine neue Krankheitsform angesehen und beschrieben wurde, wobei namentlich das ätiologische Moment den Gegenstand verschiedenartiger Beurtheilung bildete. Ein Fall aus jüngster Zeit möge nun zum Substrat der nachfolgenden Darstellung dienen:

M. G., Studirender der Medicin, erkrankte im October 1877 an einer Veränderung der Haare des Schnurr- und eines Theiles des Backenbartes, ohne dass eine Erkrankung der Haut oder der Haarfollikel gleichzeitig bestanden hätte. Das Uebel wurde seinerzeit von einem Arzte als Sycosis bezeichnet und dem Patienten gerathen die Stellen der Gesichtshaut, auf denen die kranken Haare sassen, zu rasiren. Patient befolgte diesen Rath durch einige Wochen ohne sonst irgend eine Medication in Anwendung zu ziehen, und das Uebel war anscheinend gehoben. Ein halbes Jahr, nachdem Patient den Bart wieder wachsen liess, trat das Uebel neuerdings in derselben Weise wie früher in Erscheinung und da Patient die Nutzlosigkeit des Rasirens für dieses Leiden aus der Wiederkehr desselben deducirte, so liess er sich diesmal nicht überreden, die schon früher angerathene Therapie nochmals in Anwendung zu ziehen und kam um sich Rath zu holen in meine Behandlung. Ich sah Patienten im August dieses Jahres (1878) und konnte folgenden Befund constatiren:

An den meisten Stellen des dichten Schnurr- und Backenbartes fanden sich bei äusserlicher Besichtigung an den 2—4 Ctmtr. langen

Schäften mehrfache, perlartig aneinander gereihte kleine Knötchen, die in verschiedentlich weiten Abständen von einander aufsassen und das Ansehen darboten, als ob kleine Eichen (Nisse) von einer Pediculusart den Haarschaften anhaften würden. Die Täuschung erschien umso auffälliger, als die Knötchen von gräulicher Färbung waren und man mit dem untersuchenden Finger eine gewisse Resistenz an den genannten Stellen wahrnehmen konnte. Versuchte man das einzelne Haar sammt Wurzel mit der Pincette oder mit dem Finger auszuziehen, so gelang dies nur, wenn man das Haar unterhalb des ersten peripheren Knotens erfasste, sonst brach es regelmässig an einer der knotigen Stellen ab. Das Haar erschien demnach an der Stelle des Knötchens mürbe und konnte einer stärkeren Traction nur bis zu einem der genannten Punkte widerstehen. Ein Ablösen der einzelnen Knötchen von den Haarschäften gelang durchaus nicht, da selbe nicht seitlich wie die Nisse aufsassen, sondern den ganzen Querdurchmesser des Schaftes umgaben, oder vielmehr als Ausweitung des Schaftes erschienen. Die Knotenbildung stellte demnach keine äusserliche, sondern eine die Substanz des Schaftes durchsetzende Veränderung dar.

Um nun das Wesen dieser Erkrankung zu erforschen, hatte ich einzelne Haare unter dem Mikroskope theils mit Essigsäure, theils mit Aetzkali versetzt und hiebei, da Essigsäure zu wenig aufhellend wirkte, bei Behandlung mit einer concentrirten Kalilösung folgenden Befund constatiren können: Ausser der im Allgemeinen auf Kalizusatz eintretenden Zerfaserung der allgemeinen Scheiden- oder Rindensubstanz erscheint der Markkanal stellenweise wie zerflossen, da dessen einzelne Zellen undeutlich sind und die gegen die beiderseitige Rindensubstanz hin bekannten Contouren unscheinbar geworden sind. Die knotigen Stellen, als Fortsetzungen des Haarschaftes deutlich zu erkennen, verlieren an den Uebergangsstellen zur Auftreibung ihre scharfe Umhüllung, da die Cuticula, in ihrer Continuität gestört, die Fasersubstanz in ihren einzelnen Filamenten erkennen lässt. Der Knoten präsentirt sich derart als ein von geplatzter Hülle an den peripheren Theilen gehaltener Sack, aus dem die Fäserchen in bunter Reihe herausstehen (a), wodurch das Object nach der äusseren Grenze zu ein struppiges Aussehen erlangt, während durch Ineinanderlaufen und Verfilzen der einzelnen geborstenen Fasern die central sich berührenden

Theile des Schaftes ein Ansehen erlangen, wie zwei Besen, die mit ihren Borsten fest ineinander stecken. (Beigel).

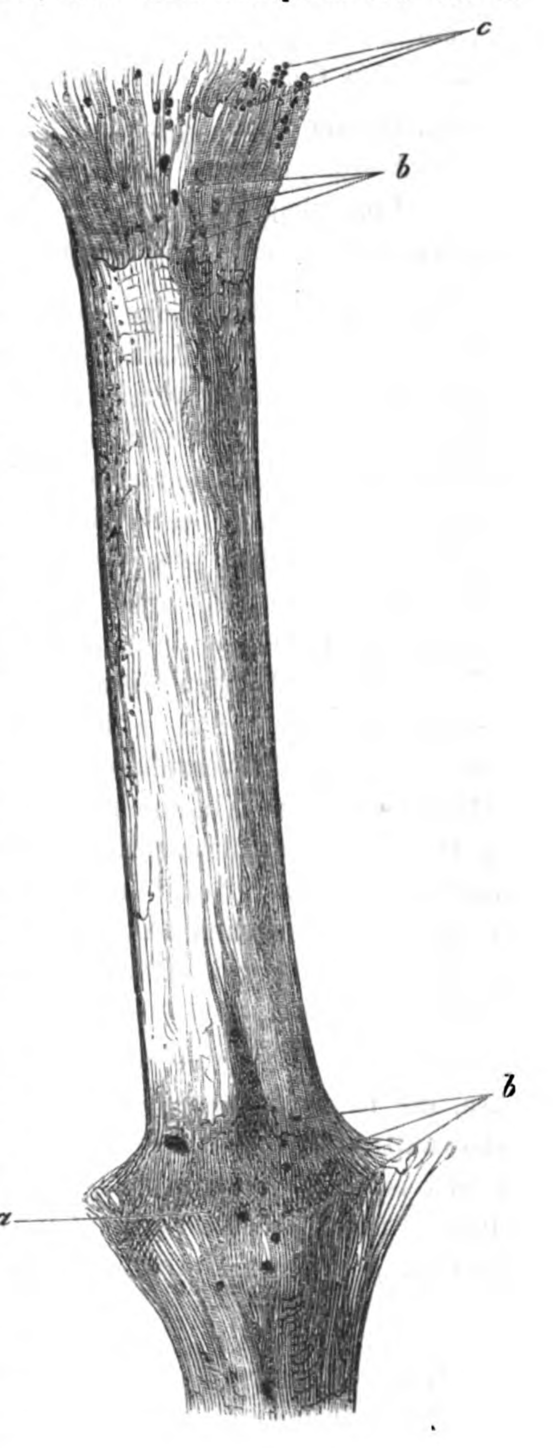
In diesem Gewirre eingelagert erscheinen zahlreiche dunkle, schollenartige Punkte (b), die allenthalben nur an den Knötchen vorhanden sind, während der Haarschaft in dem ganzen weiteren Verlauf diesen Befund nicht weiter aufweist. Die Marksubstanz fand ich in keinem Falle bis zu den Knötchen hinauf erhalten, sie war an den meisten Stellen zerstört, in der Continuität unterbrochen, nirgends auffällig dunkler oder weisser, als man dies bei gesunden Haaren sieht. Dies fand sich auch bei Haaren, die längere Zeit in reinem Glycerin gelegen hatten. Dort zeigte sich gleichwie an den mit Kali versetzten abgebrochenen Haarstellen die Knötchenbildung als ein mitten entzwei gerissenes faseriges Convolut, aus dem die einzelnen Filamente herausragten und deren einzelne Spitzen aus dem dichten Gewirre nach allen Seiten hin hervorstachen. Ein klares Bild sowohl von den Knötchen als deren abgerissenen Theilen konnte man überhaupt nur bei Kalibehandlung, der die einzelnen Haare unterzogen wurden, erlangen, da selbe sich in Glycerin gar nicht und in Essigsäure nur sehr wenig aufhellten. Nichtsdestoweniger traten auch bei letzterer Behandlungsweise die schwarzen scholligen Elemente deutlich zu Tage, die ich aber durchaus nicht für Fettkörperchen anzusprechen geneigt bin.

Die Wurzel eines derartigen Haares zeigt nur insofern eine geringe Abnormität, als die Haarpapille verkleinert, wie geschrumpft erscheint; die ganze kolbige Anschwellung zeigt keine, den normalen Haaren zukommende Verbreiterung, sondern läuft fast in einer Richtung mit dem Schafte und enthält an mehreren Punkten einzelne schollenartige Einlagerungen gleich den in den Knötchen vorhandenen.

Eine wichtige Frage, die sich schon bei dem mikroskopischen Bilde aufdrängt, ist die nach dem Vorhandensein von Pilzen, da sich die Frage nach der Ursache des Uebels gleichsam zu der andern zuspitzt, ob das ganze Leiden nicht durch Pilze veranlasst wird. Diesbezüglich habe ich nun zahlreiche Haare mit der Immersionslinse eingehend untersucht und die Ueberzeugung gewonnen, dass Pilze absolut nicht als in causalem Verhalten zu diesem Leiden stehend bezeichnet werden können. An einzelnen Stellen, wo der Haarschaft an einem Knotenpunkte abgebrochen erscheint, zeigen sich wohl längs einzelner Faserzüge zerstreute Conidien (c), da dieselben aber weder regelmässig an den



Knoten, noch andererseits innerhalb der Rindensubstanz, noch in der Wurzel und deren Scheiden irgendwie weiter sich vorfanden, so kann man mit gutem Rechte behaupten, dass diese Pilzsporen nur als zufällige Depositionen aus der umgebenden Atmosphäre zu betrachten sind, die an der zerfaserten, ihrer umschliessenden Hülle beraubten Rindensubstanz haften geblieben sind, und die auf die Erkrankung des Haares selbst keinen directen Einfluss nehmen. Wenn wir das Verhalten der Favushaare mit der eben angeführten Krankheit vergleichen, so finden wir, dass bei diesem καθ' ἐξοχὴν parasitären Leiden gewöhnlich die Wurzelscheiden in dem Bulbus des Haares von Conidien und Mycelfäden durchsetzt sind, während die Faserzüge des Schaftes von selben frei bleiben; seltener pflegen sich Pilzelemente im Schafte zu zeigen und die Wurzel und deren Scheiden ganz frei zu lassen.



Nach dem eben mitgetheilten Befunde lässt sich demnach die Erkrankung als eine Ernährungsstörung des Haares bezeichnen, die in der Verschmälerung des Wurzeltheiles, der theilweisen Zerstörung der Mark- und der stellenweisen Zerfaserung der Rindensubstanz durch Berstung

der äussersten Hüllen sich kundgibt, welches Leiden keinerlei parasitären Charakter zeigt.

Der Patient, dessen Erkrankung ich diesem Befund zu Grunde lege, war durch längere Zeit in meiner Behandlung, und es schien als ob durch den Gebrauch der folgenden Salbe:

Rp. Florum Zinci 0,5
Florum sulfuris 1,0
Ung. simplicis 10,0
MDS. Früh und Abends einzureiben.

eine Besserung erzielt worden wäre.

Das eben geschilderte Uebel erscheint im Ganzen selten, tritt fast nur an den Barthaaren, ausnahmsweise vielleicht auch an den Kopfhaaren (Devergie) auf, und hat zu mancherlei Missdeutungen Anlass gegeben, indem es wenig beobachtet, von manchen Autoren, denen die Kenntniss der Literatur fremd war, als ein ungekanntes Leiden beschrieben wurde, wobei man über den parasitären Charakter desselben oft verschiedenartiger Meinung war. — Der eigentlich erste Beschreiber dieser Erkrankung ist Samuel Wilks[1]), der in seinen Lectures of pathological Anatomy 1857 in kurzen Worten dieses Uebels Erwähnung thut, welches er schon im Jahre 1852 beobachtet hatte und der die Ursache in einer durch Pilze veranlassten Nutritionsstörung suchte. Diese Mittheilung ist im Allgemeinen kaum gekannt und man hält die von Beigel[2]) herrührende Darstellung, die unter der Bezeichnung „Auftreiben und Bersten des Haares" in den Denkschriften der Wiener kaiserlichen Akademie vom Jahre 1855 niedergelegt ist und die sich auf zwei selbstbeobachtete Fälle stützt, als die erste bekannte Angabe.

Beigel betrachtet als Ursache der Auftreibung „gewisse Gase, die in der Substanz des Haares entstehen und selbes stellenweise auftreiben." — Diese Ansicht ist rein hypothetisch und nicht zu erweisen. Erasmus Wilson[3]) hat Beigel's Angaben bestätiget, und für dieses Leiden die Bezeichnung fragilitas crinium gebraucht, während Kaposi für diese Art Erkrankung

[1]) The Lancet 7. December 1878.

[2]) The humain hair etc. etc. London 1869, pag. 109.

[3]) The Diseases of the skin VI. Edit. London 1867 pag. 783.



das Wort Trichorrhexis [1]) vorgeschlagen hat, eine Bezeichnung, die mir als die entsprechendste erscheint und die ich auch am liebsten acceptire. Kaposi's Angabe, dass der Markkanal innerhalb der spindelförmigen Anschwellung selbst spindelförmig aufgetrieben sei, konnte ich in keinem der untersuchten Haare bestätigen, die Marksubstanz erschien im Gegentheile nahe zur knotigen Auftreibung jedesmal geschwunden. Mit Ausserachtlassung der obigen Mittheilungen hat Devergie [2]) und bald darauf Billi [3]) die Bezeichnung Trichoptilosis (gefiedertes Haar) für eine „bisher nicht beschriebene Erkrankung der Haare“ vorgeschlagen; beide haben je zwei Fälle beobachtet, bei denen sich einmal an den Barthaaren, das andere Mal an den Kopfhaaren die eben beschriebene Erkrankung vorfand. Beiden Autoren erwies sich der Einfluss irgend einer Therapie für den Verlauf des Uebels ganz nutzlos.

Aus diesen Mittheilungen ist zu entnehmen, dass ausser Wilks und Beigel eigentlich Niemandem der späteren Autoren das Recht gebührte, von einer bisher nicht beschriebenen Erkrankung zu sprechen, und dennoch wurde vor Kurzem in der Pariser Académie des Sciences von einer neuen parasitären Erkrankung der Haare Mittheilung gemacht und die Trichorrhexis oder Trichoptilosis unter einem fremdartigen Namen, Piedra, als ein Leiden geschildert, das bei den Eingeborenen von Columbia vorkomme und das durch Parasiten bedingt sein soll. Einzelne englische Aerzte haben sich nun zufolge dieser Angaben in Zuschriften an die Lancet [4]) gewendet und nach verschiedener Richtung geäussert. Einzelne Aerzte bestritten die Richtigkeit dieser Angaben, andere bestätigten sie. Unter Anderem verdient die Ansicht eines hervorragenden englischen Dermatologen, Tilbury Fox, Erwähnung, welcher den fraglichen Gegenstand in Bezug auf die Pilznatur dieses Leidens als noch nicht vollkommen gelöst bezeichnet.

Meine eigenen Untersuchungen, die ich an zahlreichen Haaren zu machen Gelegenheit hatte, gestatten mir wiederholt zu betonen,

---

[1]) Hebra-Kaposi Lehrbuch der Hautkrankheiten 1876. pag. 176.

[2]) Annales de Dermatologie et de Syphilographie 1872, I.

[3]) Giornale Italiano delle malattie della pelle etc. 1872, IV.

[4]) cfr. die Nummern der Lancet vom 3, 24. und 31. August; 7. und 21. September dieses Jahres.



dass die Trichorrhexis kein parasitäres Leiden darstellt, trotz der einzelnen Sporen, die ich an abgebrochenen knotigen Stellen gefunden habe und die sich blos in einem einzigen Haarschafte auch in der Rindensubstanz vorgefunden haben. Diese Sporen sind meiner Ansicht nach, wie bemerkt, von aussen abgelagerte Pilzelemente, die in dem Falle sich stellenweise innerhalb der gelockerten Faserbündel fortbewegt haben dürften. Der Umstand, dass die Wurzel des Haares in der Cutis festsitzt, nie Pilzelemente zeigt, die umgebende Haut selbst gesund erscheint und das Leiden keinen Haarverlust nach sich zieht, spricht entschieden gegen eine parasitäre Veranlassung zur Entwicklung dieses Leidens.



„Reizung und Syphilis."

Von Prof. Dr. **Köbner** in Berlin.

(Zuschrift an Prof. Auspitz in Wien.)

In seinem Aufsatze „Reizung und Syphilis" (diese Vierteljahrsschrift 1877 pag 19) führt Tarnowsky als „meine Theorie" an, dass das Secret des harten Schankers dasselbe, aber so zu sagen blos verdünnte Contagium enthalte wie das des weichen, und knüpft daran seine weitere gegen diese Prämisse gerichtete Deduction, dass, während man alsdann durch künstliche Verdünnung des Secrets eines weichen Schankers eine Flüssigkeit von genügend schwachem Procentgehalt an Contagium müsste erhalten können, um damit einen indurirten zu erzeugen, seine diesbezüglichen Experimente immer nur weichen Schanker oder bei weit getriebener Verdünnung gar kein Impfresultat ergeben hätten.

Thatsächlich habe ich eine ausserordentlich wechselnde Intensität und Zusammensetzung eines und desselben Contagiums angenommen, dessen stärkste Modification die acute Gewebsnekrose des einfachen, bei weitem am häufigsten local endenden Schankers, eine mildere die von vornherein chronische Primärform erzeuge, deren allmälige Aufsaugung zur Allgemeininfection führt. Und diese Annahme, welche ich selbst nie als Theorie prätendirte, beruhte nicht blos auf den Inoculationen Syphilitischer mit dem Secrete harter Schanker und breiter Condylome, sondern auch auf der beobachteten Möglichkeit des Ueberganges der mittelst dieser syphilitischen Secrete an jenen hervorgebrachten Geschwüre auf Gesunde als weiche, local bleibende Schanker. Aus meinen Experimenten mit künstlich verdünntem weichem Schankereiter [1])

[1]) Dieselben lauteten (Deutsche Klinik 1861, Nr. 47. — Klinische und experimentelle Mittheilungen aus der Dermatologie und Syphilidologie. Erlangen 1864, pag. 87): dass man durch verschiedene, mit der Burette gemessene Quantitäten von, das Contagium nicht zersetzenden (inerten) Ve-



aber, von welchen Tarnowsky jetzt nach 16 resp. 13 Jahren wohl eine wörtliche, aber in mehreren wesentlichen Punkten mangelhafte Wiederholung gibt, hob ich immer hervor, dass ich bei keinem der mit den verschiedensten Verdünnungsgraden geimpften, mit Ausnahme ihrer weichen Schanker gesunden Versuchspersonen eine andere Primitivform als Pustel und bei keiner während 5 bis 9monatlicher Beobachtung constitutionelle Syphilis folgen sah, woraus ich zunächst den Schluss zog, „dass wir in Bezug auf die allgemein inficirende Wirkung auf die uns völlig unbekannte innere Composition des Virus mehr Werth legen müssen, als auf seine Concentration". Weiterhin präcisirte ich meinen Standpunkt dahin[1]), „dass für die Allgemeininfection vorwiegend die innere Composition, für den örtlichen Effect einer Impfung aber in erster Reihe die Concentration des Virus in dem zur Impfung benützten Vehikel (und die äussere Beschaffenheit des letzteren) den Ausschlag gibt."

Der Hauptinhalt der Tarnowsky'schen Arbeit aber wiederholt nur eine alte Erfahrung, welche schon Cazenave (1844) gegen Ricord, später dieser selbst[2]) (1858) gegen alle in ihre

hikeln, wie Blut, Wasser beliebig seine durch den Gegenversuch als stark constatirte Wirkung vermindern, die Incubation bis auf 3—5 Tage hinaus schieben, ja durch steigende Verdünnung es ganz unwirksam machen kann. Insbesondere entstanden bei geringer Verdünnung Geschwüre, die sich noch einige Male reproduciren liessen, wenn auch die Pustel erst 10—36 Stunden nach der durch den genuinen, nicht diluirten Eiter auf demselben Kranken erzeugten erschien, bei stärkerer kleine Geschwürchen nach mehrtägiger Inkubationszeit, bei Verreibung derselben Eitermenge mit noch mehr Wasser nur Pusteln, welche rasch ohne Ulceration verheilten und nicht auto-inoculabel waren, endlich, so oft wir das Volumenverhältniss von einem Theil Pus auf 20—30 Wasser erreichten, negativer Erfolg . . . . .

Die Uebertragbarkeit der dem verdünnten sowie dem filtrirten Eiter entstammenden Geschwürsreihen erlosch einmal mit der 5., die der mit genuinem Eiter erzeugten, erst mit der 16. Generation. Es erhellt daraus die Parallele zwischen Incubationsdauer der Primitivform, ihrem ferneren milden oder heftigen Verlauf und dem Grad ihrer Auto-Inoculabilität je nach der auf physikalischem Wege vorgenommenen Concentrationsverminderung ein und desselben Contagiums.

[1]) Wien. med. Wochenschrift 1865 Nr. 29.

[2]) Ricord. Leçons sur le chancre 2. Aufl. 1860. pag. 219.



jeweiligen Theorien nicht passenden Impferfolge geltend gemacht haben, welche aber nur unter gewissen Umständen und keineswegs, wie Tarnowsky gefunden zu haben glaubt, als Gesetz richtig ist, „dass man auf constitutionell Syphilitischen durch verschiedene, gar nicht specifische Reize syphilitische Affecte (z. B. wie Ricord exemplificirte, durch ein blosses Vesicans eine Schleimpapel) hervorrufen könne, dass also auch die auf solchen mit Erfolg eingeimpften syphilitischen Secrete einzig und allein vermöge der vorhandenen allgemeinen Diathese, nur „au titre d'irritants sans spécificité“ wirkten. Ich habe bereits vor einigen Jahren auf Zeissl's gleichen Einwand gegen meine und Bidenkap's Ergebnisse darauf hingewiesen[1]), dass wir dergleichen Effecte der Auto-Inoculation kurz nach Beginn des indurirten Schankers, also, wie auch Diday, Sigmund, Bäumler einräumen, mehrere Wochen bevor die Syphilis als Erkrankung des Gesammtorganismus zur Entwicklung gekommen, beobachtet haben, für welches Stadium weder eine erhöhte Vulnerabilität, noch gleiche Wirkungen durch vulgären Eiter auch nur behauptet, geschweige bewiesen worden sind. Der Umstand, dass im primären Stadium die Inoculation sowie die natürliche zufällige Selbstübertragung eines ausschliesslich bestehenden indurirten Schankers an dem Kranken selbst ebenso wieder — wenngleich viel seltener — einen indurirten Schanker als einen, wenigstens nach dem ganzen klinischen Bilde, nach seiner rapiden Entwicklung, seinem Verlauf und seiner hochgradigen Contagiosität von allen Beobachtern als weich anerkannten Schanker beobachten lässt, macht den letzteren gleich dem ersteren als wirklichen Effect des Contagiums kenntlich. Durch den Eiter eben dieser oder von breiten Condylomen abgeimpfter Reinoculationsgeschwüre entwickelten sich ganz gleiche auf Individuen sowohl im ersten Eruptionsstadium, als mit inveterirter Syphilitis, welche — immer bei der gleichen, nur subepidermidalen Impfmethode — gegen Eiter von Otorrhoe, von Phlegmonen, von Balanitis bei Phimose, von Rupiageschwüren, den Detritus von zerfallenen Gummata der Haut und des Periostes gar nicht reagirt oder nur flache, rasch eintrocknende, niemals auf andere Kranke übertragbare Pusteln bekommen hatten.

[1]) Ueber Reinfection mit constitutioneller Syphilis. Berlin. klin. Woch. 1872 Nr. 46. Zeissl's Lehrb. 3. Aufl. pag. 181.





olge geltend gemacht
en Umständen und
zu haben glaubt,
stitutionell Syphi-
ecifische Reize syphi-
rte, durch ein blosses
nne, dass also auch
syphilitischen Secrete
allgemeinen Diathese,
kten. Ich habe bereits
Einwand gegen meine
esen[1]), dass wir der-
ach Beginn des indu-
nund, Bäumler ein-
ls Erkrankung des Ge-
, beobachtet haben, für
rabilität, noch gleiche
behauptet, geschweige
primären Stadium
lige Selbstübertragung
n Schankers an dem
viel seltener — einen
ens nach dem ganzen
icklung, seinem Verlauf
allen Beobachtern als
sst, macht den letzteren
s Contagiums kenntlich.
eiten Condylomen abge-
lten sich ganz gleiche
sstadium, als mit inve-
er gleichen, nur subepi-
torrhoe, von Phle-
hwüren, den De-
s Periostes gar
de, niemals auf
atten.

Berlin. klin. Woch.

Ich kann aber aus äusserlichen Gründen neuerdings nicht in eine experimentelle Controle der Tarnowsky'schen Angaben, dass er bei Syphilitischen durch allerlei reizende Stoffe genau dieselben Wirkungen, wie durch syphil. Secrete und zwar ausnahmslos hervorrufen könne, eintreten, zumal er noch den Beweis schuldig ist, dass die auf beiden Wegen erzeugten Geschwüre — worauf ich den Hauptwerth lege, — sich auch in ihren physiologischen Wirkungen auf Gesunde als gleichwerthig erweisen. Gern überlasse ich diese experimentelle Nachprüfung so bewährten Fachmännern, wie Ihnen und Prof. Pick in Prag. Doch möchte ich Ihnen einstweilen von einigen Versuchen berichten, welche ich mit der „Cauterisatio provocatoria" Tarnowsky's angestellt habe. Beiläufig bemerkt, schon 1866 hat Meggenhofen[1]) genau zu demselben Zwecke „der Feststellung der Diagnose und besonders zur Constatirung der Heilung nach überstandenen Kuren dieses Verfahren mittelst starker Lösungen von Argent. nitr., Kali caust., Hydrarg. oxydul. nitr., Zinc. chlorat. empfohlen, aber seiner Zeit keine Berücksichtigung gefunden. Tarnowsky's eigenes Eingeständniss, dass die von ihm empfohlene Aetzung mit Ricord'scher Schwefelsäure-Kohlenpasta in diagnostisch schwierigen Fällen, z. B. bei visceraler und latenter Syphilis gewöhnlich negative Resultate ergibt, hingegen auf cachektischen Kranken, welche nicht syphilitisch sind, Erscheinungen hervorbringt, die den bei Syphilitischen vorkommenden glichen, würde im Grunde genügen, dem Verfahren einen praktischen Werth zu entziehen. Gleichwohl habe ich dasselbe bisher an zehn Syphilitischen — der spätesten wie der frühesten Periode — darunter bei zwei erst mit indurirtem Schanker Behafteten und noch nicht mercuriell Behandelten, bei welchen immer ein scharf ausgeprägtes Resultat folgen soll, und vergleichsweise bei fünf anderen Kranken (2 Scrophulösen, 1 mit chronischem Lungeninfiltrat, 2 mit Rheumatism. articul.) versucht, aber nicht ein einziges Mal die von Tarnowsky beschriebenen specifischen Erscheinungen an den Syphilitikern beobachten können. Bei vier derselben haben sich bereits trotz des indifferenten Verlaufs der Probeätzung Syphilis-Recidive gezeigt.

[1]) Meggenhofen, Beitrag zur Diagnose der Syphilis. Deutsche Klinik 1866. Nr. 31.



Bericht

über die

zweite Jahresversammlung der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft am 27., 28. und 29. August 1878 in Saratoga.

(Von unserem eigenen Berichterstatter.)

New-York 5. September 1878.

Geehrte Redaction!

Ihrem mich ehrenden Wunsche folgend, berichte ich Ihnen über den Verlauf der zweiten Jahresversammlung der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft, welche diesmal in Saratoga, einem der fashionabelsten Badeorte Amerikas, im Grand Union Hôtel am 27., 28. und 29. August stattfand. Der Präsident Prof. White aus Boston eröffnete die Sitzung des ersten Tages mit einer kurzen Ansprache und legte eine bibliographische Uebersicht der diesjährigen Leistungen im Gebiete der Dermatologie in den Vereinigten Staaten — anschliessend an die Bibliographie des vorigen Jahres — im Manuscript vor.

Den ersten Vortrag hielt Dr. Atkinson (Baltimore) „über das Pigment-Syphilid", welches er besonders bei Frauen an den Seitentheilen der Halsgegend vom 4. Monate bis zum Ende des 2. Jahres der Krankheit beobachtete (4 Fälle). Die Farbe ist nach dem Vortragenden kaffeebraun, die Pigmentirung glatt, ohne Schuppen, oft netzförmig aussehend.

In der Discussion schilderte Prof. Duhring (Philadelphia) einen von ihm beobachteten ähnlichen Fall, während Dr. G. Fox (New-York) diese Formen bloss als Vitiligo betrachtet wissen wollte



und Dr. Taylor (New-York) ebenfalls Zweifel an der syphilitischen Natur dieser Fälle aussprach.

Dr. Duhring las hierauf die Krankengeschichte eines Falles von sog. Xeroderma (Hebra). Er fand kein so ausgeprägtes Stadium der Atrophie hiebei wie Hebra-Kaposi und Taylor, und sprach sich gegen den Namen Xeroderma (den E. Wilson vor Jahren für eine Form der Ichthyosis zuerst gebraucht hatte) aus. Da in der dritten Sitzung ein denselben Gegenstand betreffender Vortrag von R. W. Taylor gehalten wurde, so schliesse ich den Bericht über letzteren (welcher von mikroskopischen Präparaten begleitet war) gleich hier an. Nach diesem Autor entsprechen die bei Xeroderma beobachteten Pigmentflecken jenen rothen Stellen, welche in der früheren Zeit des Bestandes sich zeigen und welche er als eine Neubildung der Papillen und als den Ausgangspunkt der Krankheit bezeichnet. Das Blutgefäss der Papille erweitere sich zuerst und atrophire dann bis zum Verschwinden, wobei das erstere Moment dem Entstehen der Flecke und der stärkeren Pigmentablagerung, das letztere der schliesslichen Narbenatrophie zu Grunde liegen sollen. Die Krankheit disponire zur Bildung maligner Neugebilde im Gesichte. T. schlägt den Namen „Angioma pigmentosum et atrophicum“ anstatt Xeroderma vor.

Die weiteren Vorträge des ersten Sitzungstages betrafen den Gebrauch des Ausdrucks Acne, welchen der Vortragende Dr. Fox nur für aus internen Ursachen entstehende Drüsenaffectionen gewahrt wissen will, und einen Fall von Scleroderma, über welchen Dr. Foster (New-York) berichtete. Gegen die Diagnose wurden von Dr. Heitzmann (New-York) Einwendungen erhoben und die Diagnose auf „Cancer lenticularis“ gestellt.

Dr. Heitzmann hielt in der Nachmittags-Sitzung desselben Tages einen umfassenden Vortrag über das „Epithel und seine Functionen“, welchen er durch improvisirte, in glänzendster Weise ausgeführte Zeichnungen unterstützte.

Zum Schluss verlas der Präsident den Bericht des im vorigen Jahre niedergesetzten statistischen Ausschusses und zugleich damit einen Specialbericht über Lepra, der manches lehrreiche Detail enthielt.

Am zweiten Sitzungstage (28. August) hielt zuerst Dr. Duhring einen Vortrag über einen Fall von entzündlicher fungöser



Neubildung, welchen er (eine 60jähr. Dame) in persona vorstellte, Der Fall schien jenem von „Neoplasma“ zu entsprechen, welchen Dr. Hebra jun. in den letzten Jahren publicirt hat und welcher sich im Jahrg. 1875 Ihrer Vierteljahrschrift unter dem Titel „ein seltsamer Krankheitsfall“ vorfindet. (Flache, schuppende, unebene, rothe Flecke mit folgender Pigmentirung und dazwischen runde fungöse Geschwülste von verschiedener Consistenz, die sich rapid entwickelten und bisweilen von selbst involvirten.) In der Discussion erwähnte Prof. Piffard (New-York) zweier ähnlicher von Sherwell beobachteten Fälle. Dr. Duhring führte zuletzt noch an, dass die Kranke in den letzten Monaten unter dem Gebrauche von Ergotin zusehends gebessert worden sei.

Eine Abhandlung von Dr. Hardaway (St. Louis), welche hierauf gelesen wurde, betraf die Behandlung der Hirsuties (abnorme Haarbildung) durch Elektrolyse. Der Nadelhalter wird an den negativen und eine gewöhnliche Schwamm-Elektrode an den positiven Pol angebracht, welcher letztere vom Patienten in der Hand gehalten, während die Nadel so lang in den Haarbalg eingesenkt wird, bis sich ein weisslicher Ring um denselben zeigt. Dann wird das Haar ohne Mühe epilirt. Die Batterie hatte 8 Elemente; Schmerz wurde nicht verursacht. Sollte die Elektrolyse unmöglich sein, so empfiehlt der Vortr. Chlorzinklösung (2 : 3), welche subcutan injicirt werden soll.

Piffard und Fox verwendeten zu demselben Zwecke, ersterer eine Iridium-Platinnadel, der letztere einen Platindraht. Heitzmann sprach sich skeptisch über die Constanz des Erfolges bei jeder Methode aus; Duhring empfahl Bulkley's Methode, eine dreiseitige Nadel einfach in den Follikel einzustechen und darin umzudrehen.

Nachmittags sprach Prof. Piffard (New-York) über einen Fall von Gangränopsis (Gangrän im Gesichte eines 1jährigen syphilitischen Kindes); dann Dr. Sherwell (Brooklyn) über den Gebrauch von Leinsamen und Leinöl bei Hautkrankheiten, welche er an Stelle des Leberthrans innerlich und äusserlich anzuwenden empfiehlt; hierauf Dr. Atkinson (Baltimore) über die botanischen Eigenschaften des Trichophyton tonsurans; endlich Dr. van Harlingen (Philadelphia) über einen Fall von ulcerösem Syphilid, der sich durch graue Flecken



von jahrelangem Bestande auszeichnete, zu welchen dann braune Plaques auf dem ganzen Körper und Geschwüre, knotige Wucherungen (am Ellbogen), Abschilferung der Haut allenthalben sich hinzugesellten.

Am dritten Tage (29. August) las zuerst Dr. Taylor sein schon oben skizzirtes Exposé über Xeroderma. Hierauf berichtete der im vorigen Jahre niedergesetzte Ausschuss für Classification und Nomenclatur und legte eine Classification (welche nicht viel von der Hebra'schen abweicht) zur Annahme vor. Nach einigen Einwendungen acceptirte die Versammlung diesen Antrag, wodurch deren Mitglieder sich verpflichteten, während des folgenden Jahres ausschliesslich von der vorgeschlagenen Eintheilung Gebrauch zu machen. Ich will der Redaction der Vierteljahrsch. in Bezug auf diese etwas sonderbare Thatsache nicht vorgreifen, kann jedoch nicht verhehlen, dass dieselbe mehr an Münzconventionen oder Zollverträge als an freien wissenschaftlichen Meinungsaustausch anzuklingen scheint. Immerhin halte ich es für interessant genug, Ihnen diese drakonische Classification in ihren Grundzügen mitzutheilen:

I. Classe: Drüsenanomalien
 1. der Schweissdrüsen,
 2. der Talgdrüsen.

II. Classe: Entzündungen (ganz nach Hebra mit Weglassung der thierischen Parasiten).

III. Classe: Hämorrhagien.

IV. Classe: Hypertrophien
 1. des Pigments,
 2. der Epidermis- und Papillarschicht (umfasst auch Ichthyosis und „Xerosis“),
 3. des Bindegewebes (umfasst Scleroderma, Sclerema neon., Morphaea, Elephantiasis Arab.) Rosacea (erythematosa und hypertrophica) (! Ref.), Framboesia (! Ref.).

V. Classe: Atrophien
 1. des Pigments,
 2. der Haare,
 3. der Nägel,
 4. der Lederhaut.



VI. Classe: Neubildungen
1. von Bindegewebe (umfasst Keloid, Narbe, Fibrom, Neurom, Xanthom),
2. von Gefässen,
3. von Granulationsgewebe (umfasst Rhinosklerom, Lupus erythem. und vulgaris, Scrofuloderma, Syphiloderma, Lepra, Carcinoma (! Ref.).

VII. Classe: Geschwüre (! Ref.).

VIII. Classe: Neurosen (Hyperästhesien sammt Pruritus und Anästhesien).

IX. Classe: Parasitäre Affectionen.
1. Vegetabilische (Tinea favosa, Tinea trichophylina a) circinata, b) tonsurans, c) Sycosis (!.Ref.), Tinea versicolor).
2. Animalische.

Zum Schlusse fand die Wahl des Bureaus für das folgende Jahr statt. Gewählt wurden zum

Präsidenten Prof. Louis A. Duhring (Philadelphia)
Vicepräsidenten Dr. S. Sherwell (Brooklyn) und
Dr. J. Nevins Hyde (Chicago)
Secretair Dr. R. W. Taylor (New-York)
Schatzmeister Dr. J. E. Atkinson (Baltimore).

Nach der üblichen Abschiedsrede des bisherigen und einer Antrittsrede des neugewählten Präsidenten vertagte sich dann die Versammlung auf den August des Jahres 1879 nach New-York.

G. C. R.



Erklärung.

In meiner Arbeit „Patholog.-anat. Studien über Nasensyphilis, d. Vtljschr. 1878, 2. Heft, habe ich an der Schalle'schen Sectionsmethode der Rachen-, Nasen- und Gehörorgane, welche ich nur aus der Beschreibung in Virchow's Archiv kannte, gewisse Ausstellungen gemacht. welche Herrn Dr. Schalle als Verunglimpfung seiner Methode erschienen.

Nachdem ich mich dieserhalb auf der Naturforscher-Versammlung in Cassel mit Herrn Dr. Schalle persönlich und friedlich auseinandergesetzt und mich durch den Augenschein von der Vortrefflichkeit seiner Methode (welche nach Demonstrationen an genanntem Orte auch von seinen Fachgenossen anerkannt worden) an Präparaten, die Herr Dr. Schalle mir zu zeigen die Güte hatte, überzeugt habe, stehe ich nicht an, auf besonderen Wunsch des Herrn Dr. Schalle dies auch an dieser Stelle zu erklären.

Ging nun mein seinerzeit geäussertes Bedenken gegen die Schallesche Methode hauptsächlich dahin, dass sie, wenn nicht in technisch ihr vollkommen gewachsener Hand, die Leichen entstellen müsse, so halte ich dies auch jetzt noch aufrecht, umsomehr als Dr. Schalle selbst die Augen als öfters gefährdet bezeichnete.

Jedenfalls liegt es in Herrn Dr. Schalle's Interesse selbst, dass die Adepten seiner Methode sich die nöthige Einschulung mit seinem Instrumentenapparat erwerben, damit nicht von Ungeschickten ein gleiches Bedenken geäussert werde, wie einst von mir, welcher bei der Lectüre ihrer Beschreibung an Marsyas erinnert wurde, nun aber wohl überzeugt ist, dass der Geübte mit der Schalle'schen Methode in der That mehr erreichen könne als mit jeder anderen.

Leipzig, September 1878.

Dr. Sänger.



Bibliographie des Jahres 1878.

Dermatologie.

I. Verzeichniss.

Allan James W. Scharlach mit Rheumatismus u. Urticaria im Gefolge. Brit. med. Journ. Febr. 2. p. 154.

Auspitz Heinrich. Ueber Lupus syphiliticus u. scrophulosus. Wien. med. Presse. XIX. 3. 4.

Barnes Fancourt. Ueber Molluscum contagiosum. Brit. med. Journ. March. 9. p. 335.

Binkerd A. D. Pruritus localis, adhärente Nachgeburt. Philad. med. and surg. Reporter XXXVIII. 10. p. 181. März.

Blanc Henry. Fall von Elephantiasis Arabum. Lancet I. 8; Februar.

Brooks. Acute Affectionen durch Jodkalium bedingt. Arch. of Derm. IV. 1. p. 55. Jänner.

Bruggisser. Zur Frage der „Arznei-Exantheme". Schweiz. Corr.Bl. VIII. 5.

Bulkley L. Duncan. a) Ueber locale Behandlung gewisser Hautkrankheiten. — b) Doppelter Herpes Zoster. — c) Scrofuloderma. Arch. of Dermat. IV. 1. p. 46, 50, 51. Jan.

Campbell. Fall von wahrer Prurigo (Hebra). Arch. of Dermat. IV. 1. p. 62. Jan.

Caspary. Sklerodermie bei Erwachsenen. Deutsche med. Wochenschr. IV. 12.

Coni Emilio R. Ueber Gaseira (Elephantiasis mit Anästhesie, Contracturen, Abstossung von Finger- u. Zehengliedern). Gazz. Lomb. 7. S. V. 1. p. 6.

Crocker H. Redcliffe. Thymol gegen Hautkrankheiten. Brit. med. Journ. Febr. 16.



Cumming James. Ueber Alopecia areata. Practitioner XX. 2. p. 110. Febr.

Da Costa. Chrysophansäure gegen Psoriasis. Philad. med. and surg. Reporter XXXVIII. 8. p. 146. Febr.

D'Ailly A. J. Bericht über die Thätigkeit d. Amsterdamer Ges. zur Beförderung der Kuhpockenimpfung bei Armen im Jahre 1877. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. 13.

Darvaris. Ueber Hauteruptionen durch Chinin. Gaz. de Paris 3. p. 30.

Dauchez. Sklerodermie mit localer Anästhesie d. Extremitäten und Lepra. Gaz. des Hôp. 38.

Duhring. Fragilitas crinium. Arch. of Dermat. IV. 1. p. 69. Januar.

Flögl J. Scarlatina mit Amaurose. Prag. med. Wochnsch. III. 3.

Fox Tilbury. Ueber Dysidrosis. Arch. of Dermat. IV. 1. p. 42. Jan.

Fox. Molluscum contagiosum. Arch. of Dermat. IV. 1. p. 59. Januar.

Freyer. Erysipelas migrans in Folge von Varicellen. Deutsche med. Wochenschr. IV. 10.

Gaskoin George. Ueber Leprose in England. Med. Times and Gaz. Jan. 26.

Geber Eduard. Ueber eine entzündlich-fungöse Geschwulstform der Haut. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXI. 2 u. 3. p. 290.

Geissel R. Zur Arterienligatur der Art. femor. wegen Elephantiasis. Deutsche med. Wochenschr. IV. 5, 6.

Gradischnigg L. Erfolgreiches Impfen mit fast 1 Jahr lang im flüssigen Zustande aufbewahrter Lymphe. Med.-chirurg. Centralbl. XIII. 5.

Grasset u. Apolinario. Sklerodermie u. locale Asphyxie an den Extremitäten. Gaz. des Hôp. 32.

Guibout. Ueber hypertrophische Affectionen der Haut (Callositäten, Hornbildungen). Gaz. des Hôp. 16.

Hardy. Ueber Psoriasis. Gaz. des Hôp. 37.

van Harlingen. Zur Pathologie d. Seborrhöe. Arch. of Derm. IV. 1. p. 58.

Hasselt H. W. M. v. Ueber Revaccination beim holländischen Landheere 1877. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. v. Generek 10.



von Hebra. Zur Therapie der Acne rosacea. Wien. med. Woch. XXVIII. 1.

Heitzmann C. Ueber d. Bezieh. von Impetigo herpetiformis zu Pemphigus. Arch. of Dermat. VI. 1. p. 37. Jan.

Hicks J. B. Scarlatina puerperalis. Brit. med. Journ. 2. Febr. p. 153.

Huart H. Epidemie von acutem Pemphigus bei Neugeborenen. Presse méd. Belge. XXX. 2, 3.

Hutchinson Jonathan. Ueber Sommerprurigo. Med. Times and Gaz. Febr. 16.

Hutchinson Jonathan. Ueber Cheiropompholix. Brit. med. Journ. Jan. 12.

Kleinwächter L. Ueber Pemphigus vaginae. Prag. med. Wochenschr. III. 6.

Köhler Hermann. Ueber die Mittel, zuverlässig gut haftende und normal beschaffene (Jenner'sche) Lymphe von zersetzter Vaccine zu unterscheiden. Vjhrschr. f. ger. Med. N. F. XVIII. 1. p. 129.

Königer. Ueber den polynesischen Ringwurm auf d. Carolinen-, Gilbert- u. Samoa-Inseln. — Ueber Framboesia auf Samou. Virchow's Arch. LXXII. 3. p. 413, 419.

Kranz. Ergebnisse der Impfung im Königreich Bayern für das J. 1876, beziehw. 1875. Bayer. ärztl. Int.-Bl. XXV. 3, 4.

Kröll. Masern-Epidemie im Amtsbezirke Lahr. Aerztl. Mittheil. aus Baden XXXII. 2.

Lang Eduard. Lupus syphilit. und Flächenkrebs. Wien. med, Presse XIX. 6, 8.

Laudon. Fall v. Scarlatina maligna, durch Salicylsäure geheilt. Berlin. klin. Wchnschr. XV. 6.

Lindsay W. Lauder. Gefärbte Exsudate bei Eczem. Med. Times and Gaz. March. 9, 16.

Liveing Robert. Ueber Behandl. d. Acne. Lancet I. 3; Jan. — Ueber Maculae atrophicae. Brit. med. Journ. Jan. 19. — Ueber das Studium u. d. Diagnose d. Hautkrankheiten. Ibid. March. 2.

Löhnert Carl. Impfzwang oder Impfverbot. Chemnitz, Krüger. 8. 55 S. 1 M. 25 Pf.

Lubinsky A. Entwicklungsprocess d. Retinal- u. Papillaratrophie nach Erysip. fac. Mon. Bl. f. Augenhlk. XV. p. 166. April.



Marcacci Giorgio. Affection d. Sympathicus bei diffusem Eczem. Lo Sperimentale XVI. p. 123. Febbr.

Martin Henry Austin; Jesse Hawes. Fall von Tod nach, nicht in Folge von Vaccination. New York med. Record. XIII. 4, 7; Jan., Febr. p. 36, 79, 137,

Molinari Giambattista. Bericht über die in d. Poliklinik in Brescia behandelten Hautkrankheiten und vener. Krankheiten. Gazz. Lomb. 7. S. V. 7. 8.

O'Connel P. Ueber Vaccination. New York med. Record XIII. 11. March p. 215.

Oidtmann H. a) Dr. H. Oidtmann als Impfgegner vor d. Polizeigericht. Düsseldorf, Druck von P. Bitter. 8. 114 S. 1 M. 50 Pf. — b) Auf der Anklagebank, weil ich gegen meine wissenschaftl. Ueberzeugung meine Kinder nicht wollte impfen lassen. Linnich, Selbstverlag d. Vfs. 8. 73 S. 2 M. — c) Das natürl. Kommen u. Gehen d. Pockenepidemien. Linnich, Selbstverl. d. Vfs. 8. 108 u. XXIV S. 2 M.

Pflüger E. Ueber Pemphigus conjunctivae. Mon. Bl. f. Augenh. XVI. p. 1. Januar.

Pick F. J. a) Fall von Pemphigus. — b) Ausgebreitete Hauterkrankung in Folge von Variola. Prag. med Wchnschr. VII. 9. p. 87.

Poor Emerich. Beiträge zur Aetiologie d. Psoriasis vulg. Prag. Vjhrschr. Bd. 137. (35, 1) p. 103.

Porcher F. Peyre. Mollucum fibrosum; Tuberkel von ungewöhnlicher Grösse. Amer. Journ. N. S. p. 145. Jan.

Ransohoff Josef. Herpes im Gesicht u. am Halse. The Clinic XIV. 3; Jan.

Riemer. Ueber Eczem. Arch. d. Heilk. XIX. 2. p. 167.

Roth. Ueber Impfrothlauf. München, J. A. Finsterling. 8. 9 S. 30 Pfenn.

Russel William. Ueber Behandlung der nach Anwendung von Bromkalium auftretenden Hauteruptionen. Brit. med. Journ. March. 6. p. 367.

Sander Jul. Verordnungen über d. Aussatz in Spanien. Virch. Arch. LXXXII. 3. p. 446.

Sangster Alfred. Ueber Behandlung d. Psoriasis mit Chrysophansäure. Lancet I. 11; March. p. 402.

Scharlachepidemie im Bezirke Neustadt. Aerztl. Mittheil. aus Baden XXXII. 5.



Startin James. Fälle von Lupus u. Tinea circinata. Brit. med. Journ. March. 6. p. 370.

Story. Amaurose nach Gesichtsrothlauf. Brit. med. Journ. 16. März. p. 371.

Stropp Carl. Zur Impffrage. Berlin. klin. Wochnschr. XV. 4.

Süssmann H. Erythema nodosum. Berlin. klin. Wochensch. XV. 4. pag. 53.

Tay Waren. Ueber Cheiropompholyx. Brit. med. Journ. Jan. 3.

Taylor. Ueber Xeroderma (Hebra). Arch. of Dermatol. IV. 1. p. 66. Jan.

Tomkins Henry. Zur Statistik der Pocken. Brit. med. Journ. Jan. 19.

Tweedy John. Ueber Dyshidrosis und Cheiropompholix. Brit. med. Journ. Jan. 19. p. 113.

Valcanti Giuseppe. Bericht über 120 Variolafälle. Riv. clin. 2. S. VIII. 1. p. 6.

Voigt Leonhard. Ueber die Stellung der Impfärzte und über die Nothwendigkeit d. allgemeinen Einführung d. animalen Vaccination. Berlin. klin. Wchnschr. XV. 12. p. 168.

Waldeck. Exanthem nach Gebrauch der Guyot'schen Theerkapseln. Deutsche med. Wchnschr. IV. 9.

Watermann L. D. Ueber die Anwendung d. schwefligen Säure bei Scharlach. Practitioner XX. 3. p. 184. March.

Wertheim Gustav. Ueber Ergrauen, Weisswerden u. Ausfallen der Haare beim Menschen. Wien. med. Wchnschr. XXXVIII. 8, 9.

Wertheimber Adolf. Zur Behandlung der Intertrigo im Kindesalter. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXI. 2 u. 3. p. 308.

White James C. Ueber die Dermatologie in Amerika. Arch. of Dermat. IV. 1. p. 1. Jan.

White James C. Ueber Tinea trichophytina. Boston med. and surg. Journ. XCVIII. 3. p. 239. March.

Whitmire James S. Ueber subcutane Injection v. Carbolsäure bei Behandlung des Erysipelas. Chicago med. Journ. and Examiner XXXVI. 3. p. 239. March.

Wigglesworth Edward. Auto-Inoculation vegetabilischer Hautparasiten u. klin. Beweis für deren Idendität u. Nicht-Identität. Arch. of Dermat. IV. 1. p. 1. Jan.



Wilhelm L. Ueber Menstrualexantheme. Berlin. klin. Wchnschr. XV. 4.

Winter H. Vaccination ohne unmittelbaren Erfolg; Eruption 3 grosser normaler Impfpusteln nach $^1/_2$ Jahre. Med. chir. Centralbl. XIII. 5.

Wyss Oscar. Ueber Lepra tuberosa. Schweiz. Corr.-Bl. VIII. 4. p. 109.

Yandell. Zur Aetiologie d. Hautkrankheiten. Arch. of Dermat. IV. 1. p. 67. Jan.

Zehnder C. u. Th. Lotz. Schutzpockenimpfung und Tendenz-Statistik. Zur Beleuchtung d. krit.-statist. Studien d. Hrn. Prof. Adolf Vogt in Bern. Zürich, Schmidt. Lex. 8. IV, 23 u. 20 S. 1 M. 20 Pf.

Syphilis.

I. Verzeichniss.

Behrend G. Zur Lehre von d. hereditaren Syphilis. Berl. klin. Wchnschr. XV. 10. p. 140.

Bernard Armand. Ueber locale Anwendung des Jodoform bei vener. Geschwüren. Brit. med. Journ. March. 2. p. 63.

Böttcher. Uebertragung von Lues durch Speichel. Memorabilien XXIII. 2. p. 63.

Casarini Giuseppe. Ueber Anwendung d. Tayuya bei Behandlung der constitutionellen Syphilis. (Lo Spallanzani Fasc. 1, Gennajo.) Lo Sperimentale XLI. p. 17. Genn.

Chwostek. Fall von Lues cerebralis. Militärarzt XII. 1. p. 5.

Da Costa J. M. a) Cerebralgeschwulst. — b) Meningitis syph. Gumma. -- c) Hirncongestion bedingt durch syphil. Arteriitis. New-York med. Record XIII. 11. März.

Dulles C. W. Schanker an der Lippe; Verdacht auf Uebertragung durch ein zahnärztliches Instrument. Philadelph. med. and surg. Reporter XXXVIII. 1. p. 4. Jan.

Fournier Alfred. Fälle von syphilit. Schanker der Mamma. L'Union 17, 19.

Fuchs Ernst. Tarsitis syphil. Mon. Bl. f. Augenh. XVI. p. 21. Januar.

Goodell William. Fall von congenitaler Syphilis. Philadelph. med. Times VIII. p. 169. Jan.



Güntz J. Edm. Neue Erfahrungen über die Behandlung der Sydhilis u. Quecksilberkrankheit mit besonderer Berücksichtigung der Schwefelwässer u. Soolbäder. Dresden, Pierson. 8. III u. 149 S. 4 M.

Hardaway. Ueber d. lymphat. Theorie d. syphilit. Infection, über d. Bezieh. zwischen Schanker u. Schankroid u. über d. Radicalkur d. Syphilis. Arch. of Dermat. IV. 1. p. 65. Jan.

Hlavač. Behandlung acuter Bubonen nach Prof. Zeissl's Abortivmethode. Militärarzt XII. 6. 46.

Heubner. Die Syphilis des Gehirnes und des übrigen Nervensystems in v. Ziemssen's Handb. d. spec. Pathologie u. Ther. Leipzig, F. C. W. Vogel. gr. 8. XI. Bd. 1. Hälfte.

Hyde James Nevins. Ueber d. Unschädlichkeit gewisser physiologischer Secrete bei Syphilis. Chicago med. Journ. and Examiner XXXVI. 2. p. 145. Febr.

Kétly Carl. Hemicranie bei einem syphil. Individuum; Heilung durch Quecksilber. Pest. med. chir. Presse XIV. 3.

Klemm Heinr. Syphilis d. Kehldeckels; gänzlicher oder theilweiser Verlust desselben. Arch. d. Heilk. XIX. 1. p. 44.

Löwenstamm. Gonitis gonorrhoica. Med. chirurg. Centralbl. XIII. 8.

Lubinsky A. Ulcus primar. syphilit. des Lides. Mon. Bl. für Augenheilk. LXVI. p. 166. April.

Maury F. F. u. C. W. Dulles. Uebertragung d. Syphilis durch Tättowiren. Amer. Journ. N. S. CXLIX. p. 44. Jan.

Oberländer Felix. Subcutane Peptonquecksilber-Injectionen gegen constitutionelle Syphilis. Deutsche Ztschr. f. prakt. Med. 14.

Philipson. Fälle von syphilitischer Paraplegie. Lancet I. 13; March. p. 458.

Ransohoff Josef. Ueber Schankroid d. Harnröhre. The Clinic XIV. 4; Jan.

Raynaud Maurice. Leontiasis syphilitica. Gaz. des Hôp. 32.

Rosenthal. Syphilom d. Pons. Wien. med. Presse XIX. 2. p. 54.

Sacharjin Gr. Ueber syphilit. Pneumonie. Berl. klin. Wchnsch. XV. 3.

Seppilli Giuseppe. Zur Kenntniss von der Hirnsyphilis. Riv. sperim. di freniatria e di med. leg. III. 3 e 4. p. 409.

Sigmund v. Ilanor Carl. Die Einreibungskur mit grauer Quecksilbersalbe bei Syphilisformen. 5. Aufl. Wien Braumüller. 8. 200 S. 3 M.



Sommerbrodt Julius. Ueber Kehlkopfsverengung durch membranartige Narben in Folge von Syphilis. Berl. klin. Wchnsch. XV. 3.

Takács A. Einseitige periphere Hemiplegie in Folge von syphil. Cerebrospinalmeningitis. Pest. med. chir. Presse. XIV. 12, 13.

Weil A. Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Vererbung der Syphilis. (Samml. klin. Vorträge, herausgeg. von Rich. Volkmann. Nr. 130, innere Med. Nr. 40.) Leipzig, Breitkopf u. Härtel. gr. 8. 20 S. 75 Pf.

Watson W. Spencer. Obstruction d. Thränengänge mit Ozaena, durch syphilit. Rhinitis bedingt. Med. Times and Gaz. Jan. 19.

Zeissl. Zur Behandl. von Lues. Wien. med. Presse XIX. 5, 6.



Autoren- und Sachregister

der

10 Jahrgänge 1869—1878

der

Vierteljahresschrift (des Archivs) für Dermatologie und Syphilis.

Autorenregister.

C.



D.

E.

F.

G.



H.

J. I.

K.

L.







R.

S.



T.

U.

V.

W.



Y.

Z.

Sachregister.

A.



B.



C.





D.



E.





F.



G.





H.









I.



K.





L.



M.

N.



O.



P.











Q.

R.



S.













T.





U.

V.







W.

X.



Z.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer).









